

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N°

316

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 avril 1899, à une heure

Par FLORENTIN LECHAUX

Né à Bécherel (Ille-et-Vilaine) le 2 décembre 1870.

Ancien interne des hôpitaux du Havre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SARCOMES

DU

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

(Étude clinique et traitement)

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. PANAS, professeur.
RICHELOT et ALBARRAN, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

316

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 avril 1899, à une heure

Par FLORENTIN LECHAUX

Né à Bécherel (Ille-et-Vilaine) le 2 décembre 1870.

Ancien interne des hôpitaux du Havre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SARCOMES

DU

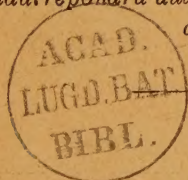
MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

(Étude clinique et traitement)

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. PANAS, professeur.
RICHELÔT et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Patologie médicale.	}	HUTINEL.
Patologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N.....
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.	}	JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants.		DIEULAFOY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		FOURNIER.
		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.	}	DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique ophthalmologique.		TILLAUD.
Clinique des maladies des voies urinaires.		PANAS.
Clinique d'accouchements.	}	GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SARCOMES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

(ÉTUDE CLINIQUE ET TRAITEMENT)

INTRODUCTION

Durant notre dernière année d'*Etudes médicales*, nous avons suivi avec autant d'assiduité que possible le service remarquable du professeur Le Dentu à l'hôpital Necker. Or, maintes fois, nous avons observé dans ce service d'une activité tout à fait exceptionnelle des cas extrêmement curieux qui certes, eussent pu chacun servir de sujet à une thèse vraiment intéressante et originale. Nous n'avions donc que l'embarras du choix. L'étude des sarcomes du maxillaire supérieur nous a finalement séduits, et voici pourquoi ?

Le 20 décembre 1898 entrant à l'hôpital, salle Malgaigne, lit n. 25, un homme âgé de 42 ans adressé à M. le professeur Le Dentu par le Dr Castex, qui avait fait le diagnostic de tumeur

maligne du maxillaire supérieur. En effet, le malade présentait au niveau de la région sous-orbitaire gauche, une tumeur ovoïde, à grand diamètre vertical, et de la grosseur d'une noix environ. Cette tumeur, recouverte par une peau absolument souple et normale, était pseudo-fluctuante ; et semblait avoir perforé le maxillaire supérieur, pour venir faire saillie sous la peau. A l'examen de la bouche, on constatait que la voûte palatine, de forme ogivale ; était tout à fait asymétrique, car le rebord alvéolaire, dans sa moitié gauche, avait considérablement augmenté de volume, surtout dans le sens transversal. La muqueuse buccale était d'ailleurs parfaitement saine. Le malade respirait très difficilement par sa narine gauche qui semblait plus étalée que la narine droite. Il n'entendait presque pas de l'oreille gauche. Enfin il avait un peu d'épiphora et d'exophtalmie du même côté. Quant à l'engorgement ganglionnaire, il était nul, ou tout au moins très discutable comme nous le verrons tout à l'heure lorsque nous rapporterons cette observation en détails. L'état général était très satisfaisant.

Le malade, homme intelligent et de bonne foi, racontait de la façon suivante, le début de son affection : Il y a trois ans, il aurait commencé à avoir des épistaxis très abondantes ; survenant brusquement, sans cause apparente, et se répétant à des intervalles tantôt assez rapprochés, tantôt plus ou moins éloignés. Au bout de six mois il ne pouvait presque plus respirer par la narine gauche.

Au bout d'un an il n'entendait presque plus de l'oreille du même côté. Alors seulement son état commença à l'inquiéter sérieusement ; et cette fois au lieu de retourner voir son médecin habituel qui lui prescrivait simplement des douches nasales, et qui lui prodiguait surtout des paroles de consolation ; il

alla consulter à une clinique de la rue Antoine Dubois, où l'on traitait exclusivement des maladies du larynx, du nez et des oreilles. Après un examen paraît-il très approfondi, les médecins spécialistes firent le diagnostic de polypes nasaux, et avec le consentement du malade, procédèrent séance tenante, à l'extraction de ces polypes.

Cette opération soulagea momentanément beaucoup notre patient; qui fut heureux de pouvoir enfin respirer par la narine gauche. Malheureusement cette narine ne tarda pas à se boucher de nouveau, en même temps qu'apparaissait un peu audessous de l'œil gauche (il y a 14 mois environ), une petite tumeur. Comme cette tumeur était molle et un peu sensible, le malade pensa qu'il pouvait s'agir d'un abcès dentaire, et alla consulter un dentiste. Celui-ci constata que le rebord alvéolaire gauche était un peu augmenté de volume et douloureux; et comme deux molaires de ce côté étaient un peu cariées; il fit le diagnostic très rationnel de périostite alvéolo-dentaire. Les deux dents cariées furent enlevées successivement à deux mois d'intervalle; et au dire du malade; cette double extraction qui déterminâ une double fistule dentaire amena une diminution notable de la tumeur qui resta à peu près stationnaire pendant 4 ou 5 mois. Pendant ce temps, la double fistule laissait paraître-il écouler une assez grande quantité de pus fétide. Mais elle se ferma, et dès lors la tumeur recommença de nouveau à augmenter de volume.

Après avoir essayé successivement, sans résultat, le traitement de 4 ou 5 cliniques différentes, le malade s'adressa enfin à M. Castex; qui après l'avoir observé pendant quelques jours, l'envoya à l'hôpital Necker avec le diagnostic que nous savons.

L'observation que nous venons de résumer, était déjà fort curieuse par elle-même. M. le Professeur Le Dentu nous la fit paraître encore plus intéressante dans une excellente clinique qu'il fit au mois de décembre 1898 sur les tumeurs du maxillaire supérieur à forme pseudo-polypeuse. Aussi est-ce cette clinique qui nous décida définitivement à choisir pour sujet de notre thèse, celui que nous avons adopté.

Mais avant d'aborder notre travail nous tenons à remplir un devoir de reconnaissance envers ceux qui nous guidèrent au cours de nos études médicales en nous témoignant leur bienveillance.

Nos remerciements s'adressent tout d'abord à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Rennes et particulièrement à MM. les docteurs Delacour, Aubré, Perret, Bruté de Rémur et Bertheux pour tout l'intérêt qu'ils nous ont montré et l'enseignement clinique que nous en avons reçu.

Nous ne saurions oublier MM. les docteurs Lefeuvre, Lhuissier, Perrin de la Touche et Lauthier qui nous enseignèrent l'anatomie et la physiologie et furent pour nous des maîtres aussi sympathiques que dévoués.

Envers MM. les docteurs Le Moniet et Patay, nous sommes également obligé.

MM. les docteurs Frottier et Engelbach nos chefs de service pendant notre internat aux hôpitaux du Havre n'ont cessé de nous témoigner une grande bienveillance dont nous les remercions sincèrement.

Que M. le Professeur Pinard, qui compléta nos études

obstétricales veuille bien recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur Le Dentu nous a fait le plus grand honneur en daignant accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui en exprimer notre respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

Ce n'est guère qu'à partir du milieu du xvii^e siècle que l'on commença à se préoccuper des affections spéciales du maxillaire supérieur. A cette époque, ou plus exactement, en 1755, Bordenave, dans son mémoire à l'académie royale de chirurgie sur les maladies du maxillaire supérieur, publia la première observation de tumeur de cet os. A la suite de Bordenave un grand nombre d'auteurs étudièrent les différentes maladies du maxillaire supérieur; mais ils décrivirent indifféremment sous le nom de tumeurs malignes, aussi bien les sarcomes que les cancers.

Ce n'est qu'au milieu de ce siècle que Lebert le premier, différencia des tumeurs cancéreuses une tumeur qu'il décrivit sous le nom de tumeur fibro-plastique et qui n'était autre que le sarcome.

Deux hommes, Robin et Paget complétèrent l'œuvre anatomo-pathologique de Lebert. Robin en effet fit voir que le groupe des tumeurs fibro-plastiques contient en outre des tumeurs à corps fibro-plastiques, des tumeurs à cellules rondes qu'il appela embryoplastiques, et des tumeurs renfermant des éléments spéciaux signalés par Müller, de véritables plaques cellulaires auxquelles il imposa le nom de myéloplaxes. Presque à la même époque

Paget de son côté observait dans les os et décrivait sous le nom de tumeurs myéloïdes, les tumeurs à myélopaxes de Robin.

A la suite de ces deux auteurs, Follin (1), Broca (2), Lannelongue (3), Nélaton (4), Cornil et Ranvier (5), étudièrent surtout au point de vue anatomo-pathologique, l'affection qui nous occupe.

Plus récemment il nous faut citer les thèses de Guillaume (6), Jacquelin (7), Bertier (8) et Arnal (9).

Enfin au point de vue clinique nous mentionnerons tout particulièrement parmi les publications modernes, le remarquable travail d'Estlander (10) sur les sarcomes du maxillaire supérieur, une excellente clinique de M. Lejars (11) ; les articles de MM. Heydenreich (12) et Nimier (13) dans les deux traités de chirurgie ; et enfin une

1. Follin. *Arch. Méd.*, 1854.

2. Broca. *Traité des tumeurs*.

3. Lannelongue. *Hist. des tum. fibro-plastiques*. In *Mém. de l'acad. de Méd.*, 1868.

4. Nélaton. Thèse d'agrégation, 1860.

5. Cornil et Ranvier. *Traité d'hist. pat'iol.*

6. Guillaume. *Etude clinique des tum. du max. sup.* Th. Paris, 1875.

7. Jacquelin. Th. Paris, 1875.

8. Bertier. *Tumeurs du max. sup. et résection*. Th. Montpellier, 1877.

9. Arnal. *Tum. du max. sup.* Th. Paris, 1880.

10. Estlander. *Etude clinique sur le sarcome du max. sup.* *Revue de méd. et de chir.*, 1879, tome III, p. 380.

11. Lejars. *Leçons de chirurgie de la Pitié*, 1893-94. *Tumeurs malignes du max. sup.* p. 317.

12. Heydenreich, Duplay et Reclus. T. V, p. 166.

13. Nimier, Le Dentu et Delbet. T. V, p. 867.

belle leçon inédite du professeur Le Dentu (1) que nous avons recueillie scrupuleusement à l'hôpital Necker.

Le traitement des sarcomes du maxillaire supérieur, c'est-à-dire la résection de cet os, mérite également un mot d'historique.

La question de priorité pour l'ablation du maxillaire supérieur, a été très discutée. Il convient à ce sujet de distinguer la résection partielle et la résection totale de cet os.

La première résection partielle semble avoir été pratiquée par Acolathus de Breslau en 1693.

Plusieurs chirurgiens du siècle dernier et en particulier Desault, Garengot et Jourdain, ont enlevé des tumeurs du maxillaire supérieur avec la gouge et le maillet; mais ils n'ont pas enlevé cet os en entier.

C'est à Gensoul de Lyon que revient l'honneur d'avoir conçu le premier l'idée de la résection totale du maxillaire supérieur. Gensoul pratiqua la première opération de ce genre en mai 1827, et en 1833 il avait déjà fait huit résections totales sans perdre un seul malade.

A la même époque Lizars en Angleterre, exécutait la même opération; et bientôt après Leo en Allemagne.

A partir de 1840, la résection totale du maxillaire supérieur passa pour ainsi dire complètement dans les mœurs chirurgicales, grâce aux efforts de Heyfelder, Velpeau, Blandin, Liston, Lisfranc, Maisonneuve et enfin Nélaton, dont le procédé est devenu pour ainsi dire classique.

1. Le Dentu. *Leçon clinique sur les sarcomes du maxillaire supérieur*, 24 décembre 1898.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'entrerons pas à ce sujet dans les détails que comporte l'étude générale des diverses variétés de sarcomes ; il nous suffira d'exposer rapidement les particularités qui relèvent du siège spécial du néoplasme dans les maxillaires, car notre intention comme nous l'avons annoncé par le titre même de notre thèse, est de faire ici non pas un travail d'ensemble, mais surtout une étude clinique.

Quelquefois le sarcome prend d'abord naissance sur le bord alvéolaire, et envahit secondairement le corps de l'os. Il constitue alors l'épulis sarcomateuse, variété relativement bénigne et qu'on étudie habituellement à part.

Plus souvent le néoplasme envahit d'emblée le corps de l'os, et alors ou bien il se développe au centre même de l'os, constituant ainsi le sarcome central, ou bien il naît du périoste et constitue alors le sarcome périostique.

Le sarcome central se développe de préférence soit au niveau de l'arcade alvéolaire, soit comme l'a fait remarquer Eug. Nélaton au niveau de cette petite masse de tissu spongieux qui se trouve près des racines de la canine et de la deuxième incisive. Quoiqu'il en soit, il

peut se présenter sous deux formes bien distinctes : la forme intra-osseuse enkystée, et la forme intra-osseuse infiltrée. Dans la première de ces formes, la tumeur constitue une masse unique nettement limitée contenue dans une coque osseuse plus ou moins complète, et proémine plus ou moins vite soit du côté de la joue, soit du côté de la cavité buccale ou nasale ; en perforant tôt ou tard la paroi amincie de l'os. Dans la forme intra-osseuse infiltrée il n'existe pas de coque osseuse et on n'observe pas de ligne de démarcation nette entre le tissu sain et le tissu malade.

Le sarcome périostique appelé encore sarcome périphérique, constitue habituellement à la surface externe du maxillaire supérieur une masse arrondie et aplatie, plus ou moins volumineuse, recouverte par un périoste épaissi, et recouvrant elle-même un os plus ou moins profondément altéré.

Au point de vue de leur structure, le plus souvent les sarcomes centraux des mâchoires sont des sarcomes myéloïdes encore appelés sarcomes à myéloplaxes, par Eug. Nélaton qui en a donné dans sa thèse d'agrégation une excellente description. Ils ont habituellement une coloration rouge lie de vin que l'on a comparée à celle de la rate ou du poumon hépatisé.

Leur consistance est tantôt ferme, tantôt au contraire molle et friable.

Les sarcomes myéloïdes sont constitués, essentiellement par des myéloplaxes comme leur nom l'indique ; et accessoirement par des cellules arrondies petites ou cel-

lules embryonnaires, et quelquefois aussi par des cellules allongées fusiformes.

Lorsque ces éléments accessoires viennent à prédominer, on n'est plus en présence d'un sarcome myéloïde ; mais, suivant que les cellules embryonnaires ou fusiformes sont en majorité, on a affaire à un sarcome encéphaloïde ou à un sarcome fasciculé.

Les sarcomes myéloïdes s'observent surtout au niveau de l'arcade alvéolaire, tandis que les sarcomes du corps du maxillaire supérieur appartiennent de préférence au groupe des sarcomes encéphaloïdes ou à celui des sarcomes fasciculés. Ces derniers néoplasmes qu'on confondait autrefois presque toujours avec les cancers atteignent quelquefois des dimensions énormes.

Parmi les transformations que peuvent subir les sarcomes centraux, de la mâchoire supérieure, il faut citer la formation de kystes dans leur intérieur (kysto-sarcomes), et surtout leur vascularisation exagérée donnant lieu pendant la vie à la production de battements et de souffles pouvant faire croire à un anévrisme.

Quant aux sarcomes périostiques, ce sont presque toujours des sarcomes encéphaloïdes ou fasciculés. L'ossification est fréquente dans cette variété de sarcomes (sarcomes ossifiants, sarcomes ostéoïdes) ; on voit alors des aiguilles osseuses partir de la surface de l'os et pénétrer dans la tumeur. Dans d'autres cas, il ne s'agit que d'une simple calcification. La transformation kystique est ici exceptionnelle.

ETIOLOGIE

Les sarcomes de la mâchoire supérieure, comme tous les sarcomes, s'observent de préférence chez les individus relativement jeunes. D'après E. Nélaton, les sarcomes myéloïdes se développent en général à un âge moins avancé que les autres sarcomes, entre quinze et vingt-cinq ans. Toutefois, cette règle est sujette à de nombreuses exceptions, et le malade dont il s'agira tout à l'heure dans notre observation personnelle, quoique âgé de 44 ans, avait un sarcome myéloïde du maxillaire supérieur gauche.

D'après Estlander les hommes seraient exposés trois fois plus que les femmes à l'affection qui nous occupe, sans qu'il soit possible d'expliquer scientifiquement cette prédilection marquée pour le sexe masculin.

Terrillon (1) a montré que dans certains cas le sarcome peut prendre naissance autour d'une dent incluse ou déviée ; comme le prouvait d'une façon irréfutable une observation qu'il avait rapportée.

L'influence du traumatisme et du refroidissement mise en doute par de nombreux auteurs semble cependant indiscutable dans certaines observations.

1. Terrillon. *Revue de Chirurgie*, 1881, p. 907.

Suivant Estlander ; sur 100 cas 70 fois c'est le côté gauche de la mâchoire supérieure qui est le siège de la tumeur. Pourquoi ? « C'est que suivant ce même auteur, la plupart des gens se servant de leur main droite pour porter à leur bouche les aliments, placent d'abord naturellement ceux-ci entre les deux arcades dentaires du côté gauche.

C'est donc de ce côté que s'exécutent les premiers et les plus énergiques de tous les mouvements de la mastication. » (1).

1. Estlander, *loc. cit.*

SYMPTOMES

A ce point de vue nous pouvons distinguer dans l'évolution clinique des sarcomes du maxillaire supérieur, trois périodes :

- 1° Une période de début.
- 2° Une période d'état.
- 3° Une période de terminaison.

1° Période de début.

Cette période qui dure tant que la tumeur du maxillaire supérieur n'est pas nettement constituée, ne présente aucun signe vraiment caractéristique et qui permette de poser d'emblée un diagnostic certain ou même simplement probable. Au contraire, les symptômes de cette période sont très inconstants et varient pour ainsi dire avec chaque cas particulier.

Le plus souvent cependant, suivant Estlander (1) il s'agit d'un individu adulte, qui s'aperçoit que depuis quelque temps, une ou plusieurs molaires du côté gauche de la mâchoire supérieure, sont mobiles et douloureuses. Si

1. Estlander *Etude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur*. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1879, t. III p. 380.

l'individu en question est un ouvrier, il se préoccupe généralement fort peu de ses névralgies dentaires qui sont d'ailleurs habituellement très supportables. Si au contraire le malade appartient à la classe aisée il court vite chez le dentiste, qui constatant que les dents incriminées sont en très bon état, se borne généralement à prescrire un badigeonnage avec un collutoire quelconque.

Cependant le malade revient au bout de quelques jours et se plaint de toujours souffrir. Alors le dentiste, souvent pressé par les exhortations de son client, se décide à arracher une première molaire, puis quelques jours après une seconde, et quelquefois une troisième, toujours sans résultat. Cependant l'arcade alvéolaire ne tarde pas à se tuméfier, et alors dit Estlander, si le dentiste est inexpérimenté il croit avoir affaire à une périostite alvéolo-dentaire, et continue à appliquer un traitement infructueux tandis qu'au contraire s'il sait son métier, il reconnaît vite son erreur et diagnostique une épulis sarcomateuse. Celle-ci en effet achève de se développer et se présente bientôt avec tous les symptômes que nous lui décrirons tout à l'heure à la période d'état.

Plus rarement, comme le fait remarquer le professeur Le Dentu dans son excellente leçon sur les Pseudo-Polypes des fosses nasales, il s'agit d'un individu qui se présente avec tous les symptômes d'un polype nasal. L'individu en question a des épistaxis fréquentes au moindre effort par l'une des narines qui est habituellement la narine gauche.

Il respire très difficilement par cette narine, et lorsqu'il essaie instinctivement de se débarrasser en se mou-

chant avec force de l'obstacle qui le gêne, il n'arrive à moucher qu'un liquide muco-purulent, strié de sang, et souvent infect. Ajoutons que l'ouïe du côté correspondant à la narine obstruée, devient de plus en plus dure ; au point que quelquefois, on observe une surdité complète ou à peu près complète. Comme on le voit le malade présente tous les symptômes d'un polype nasal. L'erreur est inévitable, malgré la rhinoscopie antérieure et postérieure, qui lorsqu'elles sont pratiquées, ne font d'ailleurs que confirmer le diagnostic. Le malade est donc soumis à une première opération qui a pour but de désobstruer sa narine en enlevant les masses polypeuses. Si alors le chirurgien spécialiste est instruit et consciencieux, il s'aperçoit que les végétations qu'il enlève sont molles, très friables ; et ne ressemblent en tous cas nullement aux polypes muqueux ordinaires bien reconnaissables à leur aspect tremblottant ; il se méfie, et si, dit Estlander, il veut avoir recours à l'histologiste, le diagnostic précoce est fait, au grand avantage du malade. Mais l'opérateur se préoccupe habituellement fort peu des végétations qu'il enlève ; et s'il a quelque doute sur leur nature, il se garde bien d'en avertir le malade. Celui-ci sort d'ailleurs de la clinique très soulagé et enchanté. Malheureusement ce soulagement est de courte durée. Bientôt en effet, la narine s'obstrue de nouveau et il faut une seconde intervention qui comme la première n'amène qu'une amélioration momentanée. Trois ou quatre opérations sont quelquefois ainsi pratiquées, jusqu'au jour où la tumeur maligne se présente enfin avec des symptômes tellement évidents, que l'erreur n'est désormais plus possible.

Plus rarement encore le patient se présente avec tous les signes d'une sinusite (douleur siégeant au niveau du sinus maxillaire, projection de la joue en avant, affaissement de la voûte palatine du côté malade ; ozène, etc.), si bien que le chirurgien pratique l'empyème du sinus en question, opération qui n'amène généralement qu'un soulagement illusoire. Toutefois cette intervention est loin d'être inutile ; elle doit en effet éveiller l'attention du médecin ; et si celui-ci veut bien se mettre en garde et observer scrupuleusement son malade, il est bientôt sur la voie du diagnostic.

Ajoutons qu'on a également signalé des cas exceptionnels dans lesquels le sarcome s'annonçait par une névralgie sous-orbitaire plus ou moins intense, s'accompagnant d'épiphora et souvent d'une projection en haut et en dehors de l'œil correspondant, d'où diminution de l'acuité visuelle, et quelquefois diplopie.

Enfin dans quelques observations la période de début a passé absolument inaperçue ; et c'est pour ainsi dire sans avoir jamais présenté le moindre symptôme qui pût attirer l'attention, que le malade arrive peu à peu à la période d'état.

2^e Période d'état. — Il nous faut distinguer ici deux cas, suivant que la tumeur est limitée à l'arcade alvéolaire, ou suivant qu'elle a envahi le corps de l'os.

Lorsque la tumeur est limitée à l'arcade alvéolaire, elle constitue l'épulis sarcomateuse le plus souvent bénigne parce qu'elle n'a pas grande tendance à l'envahissement des parties voisines, mais qui peut cependant devenir rapidement maligne et envahir le corps du maxillaire supé-

rieur. C'est surtout cette dernière variété que nous avons en vue ici ; la première étant généralement étudiée à part parmi les tumeurs des gencives.

Ainsi entendu, l'épulis sarcomateuse se présente habituellement sous forme d'une tuméfaction plus ou moins considérable du rebord alvéolaire ; du maxillaire supérieur. Cette tuméfaction siège généralement latéralement au niveau des molaires, exceptionnellement au niveau des incisives. Elle est plus ou moins bien limitée suivant les cas ; et proëmine habituellement vers la face externe de l'os, faisant saillir extérieurement la partie de la lèvre supérieure qui la recouvre. La tumeur est habituellement assez régulière, à son niveau la muqueuse buccale ou gingivale présente une coloration rouge-violacée mais rarement elle s'ulcère. Les dents implantées dans la masse sarcomateuse sont déchaussées ; légèrement douloureuses, branlantes et tombent souvent spontanément. Le toucher révèle une consistance très inégale, dure en certains endroits, et molle en d'autres. La mastication est la seule fonction qui soit un peu entravée.

Mais l'épulis sarcomateuse, ou du moins la variété que nous considérons ici, va sans cesse augmentant de volume, et bientôt aux symptômes que nous venons de citer s'ajoutent ceux que nous allons maintenant étudier à propos des sarcomes du corps du maxillaire supérieur.

Ces sarcomes proëminent généralement à la fois extérieurement du côté de la joue et intérieurement de la cavité buccale et de la cavité nasale ; si bien que

le facies du malade, dit facies de batracien est habituellement le suivant :

La joue du côté malade est soulevée par une tumeur plus ou moins volumineuse et de forme variable ; mais souvent allongée dans le sens vertical. Cette tumeur commence généralement à un travers de doigt au-dessous de la partie externe de l'orbite et se termine plus ou moins bas suivant le cas. A son niveau la peau de la joue, du moins à cette période présente une coloration à peu près normale. La narine qui correspond au côté malade est très élargie dans le sens transversal, et obstruée par des masses végétantes qui s'avancent quelquefois jusqu'à l'orifice externe. L'œil est aussi souvent projeté en haut et en dehors, ce qui détermine une exophtalmie plus ou moins marquée, si l'on fait ouvrir la bouche du malade ; on constate habituellement un affaissement de la voûte palatine du côté correspondant à la tumeur, et souvent une déformation plus ou moins accusée du rebord alvéolaire qui est tuméfié.

L'exploration par le palper permet de constater que la peau de la joue est souple et facilement mobile sur la tumeur sous-jacente. Celle-ci est dure, tant que la paroi osseuse qu'elle recouvre n'est pas rompue, mais lorsque cette rupture s'est faite la tumeur qui vient alors faire pour ainsi dire hernie par l'orifice osseux, comme dans notre observation personnelle, présente généralement une pseudo-fluctuation plus ou moins nette. Si l'on explore ensuite le maxillaire supérieur du côté de la cavité buccale, on constate comme dans l'épulis sarcomateuse une consistance très inégale dure par places, molle par d'autres. Enfin

l'exploration de l'arrière-cavité des fosses nasales révèle presque toujours des masses végétantes plus ou moins volumineuses qui viennent faire saillie à l'orifice postérieur de la narine obstruée.

L'engorgement ganglionnaire à cette période manque très souvent ; quand il existe, il est généralement peu considérable et siège au niveau de la région sous-maxillaire qui correspond à la tumeur.

A cette période, les symptômes fonctionnels sont assez accusés. Le malade éprouve souvent une douleur peu intense, mais sourde et continue au niveau de la joue tuméfiée, ou au niveau de l'arcade alvéolaire envahie. Quelquefois il y a des irradiations du côté des nerfs dentaires et sous-orbitaires. La respiration est très pénible et le patient est obligé de dormir la bouche ouverte, ce qui détermine une sécheresse de la gorge souvent très désagréable. La mastication et la déglutition sont très gênées et souvent il s'écoule de la bouche une salive plus ou moins abondante et infecte. L'odorat est presque nul ; l'ouïe du côté malade est très affaiblie ; et enfin il n'est pas rare d'observer du côté de l'œil correspondant soit une diminution d'acuité usuelle, soit même de la diplopie.

A ce moment l'état général auparavant très satisfaisant ne tarde pas à s'altérer, et nous entrons alors dans la troisième période.

Période de terminaison.

A cette période, les téguments jusque-là restés sains au niveau de la tumeur adhérent à celle-ci, deviennent viola-

cés, et finalement se laissent perforer par des bourgeons exubérants qui viennent faire saillie au dehors. Du côté des fosses nasales, la cloison est souvent détruite, et la narine du côté opposé obstruée. La voûte palatine elle aussi se laisse perforer, et la tumeur vient faire saillie dans la bouche.

A ce moment l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire est généralement très marqué ; et quelquefois même on observe au niveau de cette région un sarcome ganglionnaire secondaire qui perfore les téguments et vient faire saillie au dehors.

Les symptômes fonctionnels que nous avons énumérés tout à l'heure présentent alors leur maximum d'intensité. La déglutition et la respiration en particulier sont presque impossibles. Aussi le malade ne tarde-t-il pas à succomber aux progrès croissants de la cachexie ; à moins qu'une complication n'ait auparavant hâté le dénouement.

Les complications sont en effet très fréquentes ; nous les énumérerons rapidement.

Ce sont en premier lieu la broncho-pneumonie et la gangrène pulmonaire, probablement consécutives à la pénétration dans les voies aériennes d'un débris sphacélé de tumeur.

La généralisation du sarcome, en particulier la généralisation pulmonaire et la généralisation encéphalique s'observent aussi assez souvent.

L'œdème de la glotte a été également signalé dans quelques observations.

Enfin exceptionnellement une hémorrhagie foudroyante a mis subitement fin aux souffrances atroces du malade.

Dans l'étude clinique qui précède, nous avons envisagé le sarcome en général ; tantôt débutant par le rebord alvéolaire, tantôt envahissant d'emblée le corps de l'os ; il nous faut pour finir cette étude, dire maintenant quelques mots spécialement du sarcome myéloïde et du sarcome encéphaloïde ou fasciculé.

Le sarcome myéloïde s'observe particulièrement chez les sujets jeunes, entre quinze et trente ans. Son siège de prédilection est l'arcade alvéolaire, et quand il envahit le corps du maxillaire supérieur, c'est rarement d'emblée presque toujours secondairement. Quoiqu'il en soit le sarcome myéloïde évolue généralement lentement, sans engorgement ganglionnaire et l'on peut espérer, grâce à une intervention hâtive, obtenir une guérison définitive.

Le sarcome encéphaloïde ou fasciculé au contraire, s'observe surtout chez les individus ayant dépassé la quarantaine. Habituellement il envahit d'emblée le corps de l'os, à moins qu'il ne se développe aux dépens du périoste (1), auquel cas il peut s'étaler à la surface du maxillaire avant d'attaquer le corps de cet os. Cette variété de sarcome, presque toujours confondue avec le cancer quand on néglige l'examen histologique, s'accompagne d'engorgement ganglionnaire et évolue généralement très vite. Comme dans le cancer, malheureusement l'intervention même hâtive, n'a jamais que des résultats décourageants.

1. Les sarcomes périostiques sont presque toujours des sarcomes encéphaloïdes ou fasciculés.

DIAGNOSTIC

Dans le cas de sarcome du maxillaire supérieur, plus l'intervention est faite de bonne heure, plus la guérison a de chances d'être définitive. On voit donc l'importance qu'il y a pour le malade à ce qu'un diagnostic précoce soit fait. Malheureusement ce diagnostic précoce est bien difficile à poser.

A la période de début, comme nous l'avons déjà dit, le sarcome du maxillaire supérieur ne présente pas le moindre signe plus ou moins caractéristique, et ressemble à s'y méprendre par sa symptomatologie, tantôt à une périostite alvéolo-dentaire, tantôt à des polypes des fosses nasales; tantôt enfin à une sinusite. Toutefois le clinicien devra se méfier d'une périostite alvéolo-dentaire évoluant sans grande douleur; et qui n'a pas pour point de départ une ou plusieurs dents nettement cariées. De même il faudra bien se garder de négliger l'examen des polypes extraits des fosses nasales; et toutes les fois que ceux-ci n'auront pas franchement l'aspect des polypes muqueux ordinaires, il faudra sans hésiter faire appel à l'histologiste pour confirmer un diagnostic incertain. Enfin une sinusite à évolution lente, sans grands phénomènes inflammatoires, et qui ne guérira pas rapidement par l'empyème, devra être considérée comme suspecte.

A la période d'état le diagnostic est généralement facile quand le sarcome se présente avec ses caractères habituels ; mais dans certaines circonstances cependant, il peut être très difficile.

L'épulis sarcomateuse, c'est-à-dire le sarcome alvéolaire : est surtout commode à reconnaître. Son siège sur le rebord alvéolaire, particulièrement au niveau des molaires ; sa forme plus ou moins bosselée ; la coloration violacée de la muqueuse buccale et gingivale qui la recouvre, sa consistance inégale ; le déchaussement et la mobilité des dents implantées à son niveau, imposent généralement le diagnostic.

Dans le cas de sarcome du corps du maxillaire supérieur ; que ce sarcome ait débuté d'emblée par le corps, ou qu'il ait commencé par le rebord alvéolaire pour envahir secondairement le corps, le diagnostic positif est beaucoup plus délicat, surtout quand la paroi osseuse n'est pas rompue. Cependant le sarcome évolue assez rapidement ; et ne tarde pas à faire saillie à la fois extérieurement du côté de la joue, et intérieurement du côté des fosses nasales et de la cavité buccale. Au niveau de la joue, tant que la paroi osseuse n'est pas rompue, la tumeur est dure à la palpation, ou fait entendre une crépitation parcheminée quand la paroi est très mince. Dès que celle-ci est rompue ; le sarcome vient s'étaler sous les téguments en formant une tumeur nettement pseudo-fluctuante.

Du côté des fosses nasales, les végétations sarcomateuses qui font saillie de ce côté ne ressemblent nullement aux végétations polypéuses habituelles ; elles sont

plus friables et saignent plus facilement. D'ailleurs il est facile d'enlever par cette voie une parcelle de la tumeur et de l'examiner au microscope. Enfin du côté de la bouche, on constate non seulement une tuméfaction du rebord alvéolaire mais un affaissement de la voûte palatine du côté malade ; et au palper on retrouve à ce niveau la consistance inégale assez spéciale des sarcomes. Ajoutons que quelquefois la pseudo-fluctuation est tellement accusée, qu'on croit à une fluctuation véritable, et qu'on pratique une ponction exploratrice qui naturellement ne donne que du sang.

Le diagnostic différentiel des sarcomes du maxillaire supérieur est à faire d'une part avec des tumeurs d'origine dentaire, et d'autre part avec des tumeurs d'origine non dentaire.

Les tumeurs d'origine dentaire sont :

Les odontomes.

Les kystes dentifères et alvéolo-dentaires.

Enfin l'ostéite hypertrophiante consécutive à l'évolution de la dent de sagesse.

Les odontomes ne prennent guère naissance qu'à la période de développement des dents ; c'est-à-dire qu'ils ne s'observent habituellement que chez des sujets encore jeunes. Exceptionnellement ils se développent à la mâchoire supérieure ; et alors ils siègent de préférence sur les grosses molaires.

Quoiqu'il en soit ils émergent très lentement, et alors ils tendent à se rapprocher du rebord alvéolaire et à venir faire saillie sous la gencive. Si on examine l'état de la dentition on constate habituellement l'absence d'une ou

plusieurs dents ; car si les odontomes coronaires circonscrits et radiculaires ne s'opposent pas généralement à l'éruption de la dent, dans tous les autres cas la dent atteinte d'odontome reste incluse dans la mâchoire. Enfin tardivement, la présence de l'odontome détermine des accidents inflammatoires qui aboutissent à la formation de fistules qui persistent souvent indéfiniment si l'on n'intervient pas.

Les kystes d'origine dentaire s'accompagnent rarement de douleurs véritables ; habituellement ils donnent simplement lieu à une sensation de gêne et de pesanteur. Ils n'obstruent presque jamais les fosses nasales, et déforment bien moins la joue et la voûte palatine que les tumeurs solides, et surtout les tumeurs malignes. Ils ne se développent qu'avec une lenteur extrême et présentent deux symptômes presque caractéristiques : la crépitation parcheminée, et surtout la fluctuation. Enfin la ponction exploratrice permet de confirmer aisément le diagnostic.

L'ostéite hypertrophiante consécutive à l'évolution de la dent de sagesse est absolument exceptionnelle au niveau du maxillaire supérieur, car il n'existe alors aucun obstacle au développement de cette dent. Nous n'insisterons donc pas.

Les tumeurs du maxillaire supérieur d'origine non dentaire qu'il nous reste maintenant à différencier des sarcomes, sont :

Les Ostéomes.

L'hypertrophie diffuse des maxillaires.

Les fibromes.

Les Myxomes.

Les lipomes.

Les gommes syphilitiques.

L'ostéite tuberculeuse.

Les chondromes.

Les épithéliomes.

Les ostéomes se reconnaissent toujours facilement à leur forme lisse arrondie et à leur extrême dureté. Tantôt ils se développent lentement ; tantôt au contraire ils se développent assez rapidement, lorsqu'ils prennent naissance sous l'influence d'un processus inflammatoire.

L'hypertrophie diffuse des maxillaires débute ordinairement chez des adolescents ou chez des jeunes gens. Son développement est d'ordinaire symétrique, sa marche est très lente. A mesure que l'affection progresse, la face prend un aspect spécial dû à l'énorme saillie formée à droite et à gauche par les maxillaires supérieurs. L'hypertrophie des maxillaires n'est pas douloureuse par elle-même ; mais quelquefois on observe des souffrances qui ne sont autres que des phénomènes de compression.

Les fibromes se reconnaissent presque toujours facilement grâce à leur dureté, leur forme arrondie, leur surface lisse, leur consistance égale, leur indolence, leurs limites nettes, leur développement lent, et enfin grâce à l'absence d'ulcération et de tuméfaction ganglionnaire.

Les myxomes et les lipomes sont très rares au niveau du maxillaire supérieur ; quand ils se développent dans cette région ; ils sont mous, pseudo-fluctuants et lobulés. Ce n'est d'ailleurs qu'après l'intervention que jusqu'ici le diagnostic de ces tumeurs exceptionnelles du maxillaire

supérieur a été fait. Pour le lipome le simple examen macroscopique avait suffi pour affirmer la nature de la tumeur, mais pour le myxome il avait fallu le secours du microscope. Ces deux variétés de tumeurs sont d'ailleurs bénignes et se développent très lentement sans déterminer d'engorgement ganglionnaire ni d'ulcération des téguments.

Les gommes syphilitiques se reconnaîtront aisément grâce aux antécédents, et grâce à leur résolution sous l'influence d'un traitement approprié.

L'ostéite tuberculeuse du maxillaire supérieur est assez rare, comme les autres manifestations tuberculeuses, elle s'accompagne souvent de lésion plus ou moins manifeste au sommet du poumon. D'ailleurs la confusion avec le sarcome n'est pas possible, et dès lors nous n'avons pas à insister.

Les chondromes du maxillaire supérieur se reconnaîtront généralement avec assez de facilité, grâce à leur développement très lent chez des jeunes sujets, grâce à leur consistance inégale mais en tous cas plus ferme que celle des sarcomes ; grâce à leur indolence ; grâce enfin à ce fait qu'ils déforment beaucoup moins le maxillaire supérieur que les sarcomes. Cependant il faut surveiller avec soin ces tumeurs car on les a vues quelquefois dégénérer finalement en chondro-sarcomes.

Enfin les épithéliomes ou cancers surviennent habituellement chez des sujets ayant dépassé la quarantaine. Ils évoluent rapidement, et retentissent vite sur l'état général.

Les déformations qu'ils déterminent sont encore beau-

coup plus considérables que celles qu'on observe dans les sarcomes. De plus l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire apparaît dès le début, et les téguments ainsi que les muqueuses s'ulcèrent vite au niveau de la tumeur. Le diagnostic différentiel avec les sarcomes encéphaloïdes n'est pas d'ailleurs toujours aisé, et bien souvent il faut avoir recours au microscope pour trancher la question.

Ce n'est pas tout, le diagnostic différentiel une fois fait ; il s'agira de reconnaître la nature de la tumeur.

Comme nous l'avons déjà dit ; on pensera surtout à un sarcome myéloïde, lorsque l'individu malade sera jeune, et quand la tumeur débutera primitivement par le rebord alvéolaire et évoluera lentement sans engorgement ganglionnaire.

On redoutera au contraire un sarcome encéphaloïde ou facisculé, lorsque le malade en question sera relativement âgé, quand la tumeur envahira d'emblée le corps du maxillaire supérieur et s'accompagnera d'engorgement ganglionnaire.

PRONOSTIC

Le pronostic des sarcomes du maxillaire supérieur varie suivant l'âge, suivant le volume de la tumeur, suivant la rapidité de son accroissement, suivant la précocité de l'intervention, enfin et surtout suivant la variété de sarcome à laquelle on a affaire.

D'après Estlander, plus l'individu est âgé, plus la malignité du sarcome est à craindre ; et c'est pourquoi suivant cet auteur, à partir de l'âge de 40 ans, presque toujours les sarcomes sont confondus avec les cancers.

D'une façon générale la malignité de la tumeur, d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, est nettement proportionnelle tant à son volume qu'à la rapidité de son accroissement.

La précocité de l'intervention joue également un grand rôle au point de vue du pronostic ; et plus l'opération est en effet faite tôt, et plus il y a lieu d'espérer une guérison radicale.

Mais c'est surtout de la variété du sarcome que dépend le pronostic. Il est en effet actuellement bien prouvé que les sarcomes myéloïdes évoluent quelquefois très lentement (cinq, dix ans et plus) ; et peuvent, dans certains

cas, guérir définitivement après une intervention complète. Les sarcomes encéphaloïdes ou fascicules au contraire évoluent habituellement en un an ; et récidivent toujours après l'opération qui n'amène le plus souvent, hélas, qu'une survie insignifiante.

TRAITEMENT

Les tumeurs malignes étant toujours plus ou moins diffuses, et beaucoup plus étendues en réalité qu'en apparence, commandent une large résection de l'os ou des os malades avec extirpation de toutes les parties suspectes d'envahissement. « Cette règle, dit Heydenreich, peut être appliquée, sans trop de rigueur quand on se trouve en présence d'un sarcome myéloïde. Elle est de la plus haute importance au contraire quand il s'agit d'un sarcome encéphaloïde ou fasciculé » ! L'indication est donc formelle ; il faut opérer et opérer largement dans le cas de sarcome du maxillaire supérieur, à moins cependant que le malade ne soit arrivé à la troisième période ; auquel cas il serait impossible de supporter la moindre opération.

Dans certains cas de sarcomes périostiques au début, nettement localisés à la surface externe du maxillaire supérieur, l'ablation du néoplasme suivie au besoin de la rugination et de la cautérisation des parties voisines peut à la rigueur suffire ; mais presque toujours c'est à la résection totale de l'os malade que le chirurgien doit avoir recours, s'il veut avoir quelques chances de succès définitif. La résection partielle n'est guère indiquée en effet que lorsqu'il s'agit d'épulis sarcomateuse nettement circonscrite.

Passons maintenant rapidement en revue les principaux procédés jusqu'alors mis en pratique, pour la résection du maxillaire supérieur et qui ne diffèrent guère entre eux que par la forme et la situation de l'incision faciale.

Velpeau, Blandin, Syms, préconisaient une incision latérale externe.

Diffenbach avait recours à l'incision médiane, Hughier à l'incision transversale ; etc.

Malheureusement ces différentes incisions avaient le grave défaut :

1° De ne pas donner assez de jour.

2° De léser le canal de Sténon ou les branches du facial.

Gensoul de Lyon lui, taillait un large quadrilatère qu'il disséquait de haut en bas ; et attaquait ensuite à la gouge et au maillet les points d'attache du maxillaire supérieur.

Velpeau faisait une incision unique partant de la commissure labiale pour se rendre vers le milieu de l'os maxillaire entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille.

Cette incision décrivait une courbe au devant du canal de Sténon qui n'était pas blessé.

On relevait ensuite le lambeau supérieur en sectionnant le nerf sous orbitaire. On détachait la main de la branche montante du maxillaire supérieur. On traversait la paroi interne de l'orbite avec un trocart pour permettre de passer la scie à chaîne avec laquelle on sciait l'apophyse montante. On soulevait l'œil et l'aponévrose orbito-oculaire. On introduisait la scie à chaîne sous la fente sphéno

maxillaire, et on divisait avec elle l'apophyse malaire. A ce moment l'os ne tenait plus que par sa partie horizontale qu'on sectionnait dans le sens antéro-postérieur soit avec la scie à chaîne, soit avec la pince de Liston. Il suffisait alors pour arracher le maxillaire de le saisir avec un davier et de l'abaisser de haut en bas en le tordant en dehors.

Lisfranc préconisait deux incisions ! -

1° Une incision partant de la commissure labiale, et finissant directement au niveau de l'angle externe du frontal. Cette incision évitait le canal de Sténon.

2° Une incision partant de la partie médiane du bord libre de la lèvre supérieure, contournant la narine et remontant parallèlement à l'axe de la face, jusqu'à une ligne ou deux au-dessous de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Lisfranc obtenait ainsi un vaste lambeau à base supérieure.

Heyfelder et Diffenbach préconisaient également deux incisions. L'une d'elles commençait à la racine du nez, passait par le milieu de cet organe, et divisait le milieu de la lèvre supérieure.

L'autre transversale très courte allait du commencement de la première à l'angle interne de l'œil. On avait ainsi un vaste lambeau que l'on pouvait rejeter sur la région externe.

Chassaignac ajoutait aux incisions précédentes une incision horizontale le long du bord orbitaire.

Fergusson, Maisonneuve et Bouchet, pratiquaient l'incision latérale interne en ligne brisée, et faisaient en ou-

tre une incision transversale qui partant de l'extrémité supérieure de la première, suivaient le bord adhérent de la paupière inférieure.

E. Nélaton limitait son lambeau à l'aide d'une incision qui commençait par diviser verticalement la lèvre supérieure, contournait l'aile du nez, puis décrivant une courbe concave en bas, venait rejoindre le sillon oculo-palpébral à l'union du tiers interne avec le tiers moyen. L'incision classique actuelle porte le nom d'incision de Nélaton ; elle en diffère cependant par ce fait, qu'elle remonte le long du nez jusqu'à l'angle interne de l'œil et se dirige ensuite transversalement en dehors (Voir observation personnelle).

Pour éviter la difformité habituellement très marquée qui résulte de l'ablation du maxillaire supérieur, Ollier a conseillé la résection sous-périostée ; qui suivant cet auteur aurait l'avantage de permettre à l'os de se reformer. Malheureusement cette méthode est le plus souvent impraticable.

Enfin M. Létievant de Lyon a préconisé et mis en pratique lui-même un procédé qui conserve le nerf sous-orbitaire et de plus ménage un trépied osseux qui empêche la joue de s'affaisser. Mais ce procédé comme le précédent n'est pas applicable dans le cas de sarcome du maxillaire supérieur, car celui-ci nécessite une résection complète ; nous n'avons donc pas à insister. D'ailleurs la difformité n'est pas aussi forte qu'on serait tenté de le supposer, grâce aux appareils prothétiques qui ont le double avantage de diminuer cette difformité et de remédier autant que possible aux troubles fonctionnels.

Pour finir disons un mot du grand danger immédiat des résections, c'est-à-dire de la pénétration possible du sang dans les voies aériennes, pénétration qui est favorisée par ce fait que l'anesthésie chloroformique supprime la sensibilité du larynx et la toux expulsive.

Pour parer à ce danger Verneuil conseillait le tamponnement postérieur des fosses nasales. Nussbaum et Trendelenburg recommandaient la trachéotomie préventive. Aujourd'hui on a surtout recours au procédé de Rose qui consiste à placer la tête dans l'extension forcée au-delà du bord bien matelassé de la table d'opération.

Heydenreich s'attaque toujours en premier lieu à l'attache supéro-externe du maxillaire supérieur pour retarder le moment où le sang peut s'écouler dans la gorge. « Une fois arrivé à ce moment il a l'habitude de ralentir la chloroformisation pour ne pas supprimer les réflexes du côté de la gorge, tout en maintenant l'anesthésie. En même temps il a soin d'assurer l'écartement des mâchoires, pendant qu'un aide à ses côtés se tient toujours prêt à éponger le fond de la gorge » (1).

1. Heydenreich. *Tr. de Clin. Duplay et Reclus*. T.V. p. 177.

OBSERVATION I (Personnelle).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale
Guérison opératoire (1),

Le nommé B... Agé de 42 ans, mécanicien, entre le 20 décembre 1898 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 25 pour une tumeur de la joue gauche. Il est adressé à M. le professeur Le Dentu par le Dr Castex qui a fait le diagnostic de sarcome du maxillaire supérieur.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts de cause inconnue ou tout au moins mal déterminée.

Cependant la mère toussait beaucoup, paraît-il.

Deux frères bien portants.

Le malade est marié, et a eu de sa femme également bien portante, deux enfants dont l'un a une bonne santé, mais dont l'autre est très délicat.

Antécédents personnels : Etant tout jeune enfant, le malade a eu plusieurs fièvres dont il ne se rappelle pas le nom.

Vers l'âge de 10 ou 12 ans, il a été soigné comme rachitique. Jamais il n'a toussé.

Jamais il n'a présenté de signes de syphilis.

Jamais il n'a eu mal aux dents; quoi qu'à partir de l'âge de 30 ans, il ait constaté que plusieurs de ses grosses molaires étaient gâtées, surtout du côté de sa mâchoire supérieure et à gauche.

1. Nous avons revu tout récemment le malade et nous l'avons examiné très soigneusement. La plaie opératoire était toujours parfaite et il n'y avait pas la moindre tendance à la récurrence. Il est vrai que l'intervention ne datait que de trois mois et demi.

Débuts de la maladie actuelle.

Il y a trois ans, le malade qui jusque-là n'avait eu aucune prédisposition aux épistaxis, s'aperçut qu'il saignait très facilement du nez.

Il suffisait, dit-il, qu'il baisse un peu la tête, ou qu'il fasse un léger effort, en se mouchant par exemple, pour que le sang s'écoulât aussitôt en assez grande abondance par la narine gauche.

Toutefois, le malade ne prit d'abord pas garde à ces épistaxis, et quoique par moment il se trouvât un peu épuisé ; il persista à travailler et dédaigna de consulter le médecin.

Mais au bout de six mois apparurent deux autres symptômes qui cette fois commencèrent à inquiéter un peu le patient ; ce fut d'une part une surdité de plus en plus marquée du côté de l'oreille gauche ; et d'autre part l'impossibilité de respirer par la narine gauche qui saignait toujours très facilement.

Le malade se décida alors à consulter un médecin de son quartier qui le rassura complètement en lui disant qu'il avait quelques petits polypes dans le nez ; mais que ces polypes étaient insignifiants et qu'il était inutile de les faire enlever. Le médecin prescrivit simplement des douches nasales d'eau boriquée, et promit que grâce à ce traitement, les narines se désobstrueraient vite en même temps que la surdité disparaîtrait.

B... confiant, suivit scrupuleusement le traitement indiqué. Malheureusement celui-ci n'amena aucune amélioration ; et, après avoir patienté pendant six mois, notre malade sur le conseil de quelques-uns de ses amis, se décida à aller consulter à une clinique de la rue Antoine Dubois. On s'occupait ex-

clusivement, paraît-il, dans cette clinique, des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Quoi qu'il en soit, le médecin spécialiste examina longuement le patient, et conclut finalement à l'existence de polypes nasaux. Ces polypes, disait-il, remplissaient complètement la narine gauche, d'où la gêne respiratoire, et recouvraient l'orifice de la trompe d'Eustache gauche, d'où la surdité de ce côté.

Après avoir obtenu le consentement du malade, le médecin procéda séance tenante à l'extraction des polypes. Il anesthésia d'abord la muqueuse pituitaire avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, puis, à l'aide d'une pince recourbée, il arracha en tordant, cinq ou six masses charnues de la grosseur chacune d'un petit pois. Cette opération fut faite rapidement et sans grande douleur, mais une hémorrhagie assez abondante se déclara, et pour l'arrêter, l'opérateur fut obligé de pratiquer le tamponnement des fosses nasales.

Les jours suivants, B... se sentit très soulagé ; il respirait maintenant très facilement par la narine gauche, et il se serait même cru définitivement guéri, disait-il, si sa surdité avait disparu ; mais celle-ci persistait malheureusement toujours.

Le soulagement fut d'ailleurs de courte durée. Au bout d'un mois en effet, la narine gauche s'obstruait de nouveau, et la respiration redevenait difficile de ce côté, en même temps que les épistaxis réapparaissaient presque aussi fréquemment qu'autrefois. Au bout de 4 mois, tout le bénéfice de l'opération semblait perdu.

Mais à ce moment, l'attention du malade fut attirée par un autre détail. Un peu au-dessous de son œil gauche, apparaissait en effet une petite tumeur qui grossissait chaque jour un peu,

et qui semblait se développer surtout dans le sens vertical, Comme cette tumeur était molle et un peu douloureuse, et comme d'autre part deux de ses molaires supérieures gauches étaient gâtées, B... pensa qu'il s'agissait d'un abcès dentaire et alla consulter un dentiste.

Ce dernier examina soigneusement la bouche du malade et constata que non seulement les deux molaires incriminées étaient bien cariées; mais encore qu'à leur niveau le bord alvéolaire était très épaissi et paraissait enflammé. Il fit alors le diagnostic de périostite alvéolo-dentaire, et parla de sinusite. Comme une seule dent était réellement bien gâtée, le dentiste se contenta d'extraire cette dent; et conseilla au malade qui insistait pour se faire enlever l'autre, d'attendre encore quelque temps.

Les jours suivants il se produisit à la place de la dent extraite, une fistule qui donna lieu à un écoulement assez abondant d'un liquide à la fois purulent et sanguinolent infect. Le malade se sentit très soulagé et constata paraît-il, que sa tumeur sous-orbitaire avait un peu diminué.

Malheureusement au bout de trois semaines cette fistule était complètement fermée, et alors B... éprouva de nouveau une douleur légère sans doute, mais sourde et continue au niveau de sa tumeur de la joue qui recommença à grossir.

Comme le dentiste lui avait dit qu'il avait deux dents cariées, et qu'il n'avait enlevé que la plus malade, notre patient pensa que celle qui restait suffisait pour déterminer les accidents dont il souffrait, et il se la fit extraire un mois environ après la première.

Cette seconde extraction donna également lieu à la production d'une fistule qui amena une amélioration passagère; mais

qui comme la précédente, se ferma à peu près au bout de trois semaines.

A partir de cette époque, B... perdit absolument patience. Il alla consulter successivement dans cinq ou six cliniques spéciales différentes, où on le traita presque toujours pour une sinusite; mais sans grand soulagement; sauf dit-il pour son porte-monnaie.

Enfin, au mois de novembre dernier, sur le conseil d'un de ses amis; le malade alla à la clinique du docteur Castex, qui, après l'avoir observé pendant une quinzaine de jours, l'adressa au professeur Le Dentu avec le diagnostic de sarcome du maxillaire supérieur.

Examen à l'entrée à l'hôpital Necker le 20 décembre 1898.

Inspection. — On constate au niveau de la joue gauche, l'existence d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, qui mesure environ 4 centimètres dans son plus grand diamètre; et deux centimètres dans son diamètre transversal.

En haut, cette tumeur commence à environ deux centimètres au-dessous de l'angle externe de l'œil. A son niveau la peau présente un aspect absolument normal, et n'est pas sillonnée par des veines dilatées.

La narine gauche est beaucoup plus élargie dans le sens transversal que la narine droite.

Elle est à peu près complètement bouchée par des petites masses charnues exubérantes que l'on aperçoit assez profondément situées. Le malade ne peut donc presque pas respirer par cette narine; et quand il se mouche en faisant effort de ce côté, il détermine l'écoulement d'un liquide muco-purulent infect, souvent strié de sang. Il avait autrefois de temps à autre,

comme nous l'avons déjà dit de fréquentes épistaxis ; mais actuellement, dit-il il, n'en a plus du tout.

Il n'entend presque plus de l'oreille gauche.

Il y a un peu d'exophtalmie de l'œil gauche ; mais la vue n'est presque pas affaiblie de ce côté. Pas de diplopie. Un peu d'épiphora.

Si l'on fait ouvrir la bouche au malade, on constate que la voûte palatine a une forme ogivale, mais est asymétrique. Cette asymétrie tient à ce que le rebord alvéolaire supérieur du côté gauche est très augmenté de volumes. Au lieu de mesurer seulement un centimètre dans le sens transversal comme le rebord alvéolaire droit, il mesure surtout au niveau de la région des grosses molaires, plus de deux centimètres de largeur.

Les dents qui restent sont absolument saines, il n'y a plus trace de fistule au niveau de celles qui ont été enlevées.

La muqueuse buccale ne présente pas de lésions notables ; peut-être cependant sa coloration est-elle un peu plus foncée au niveau du rebord alvéolaire du côté gauche.

Pas de tuméfaction ganglionnaire appréciable au niveau de la région sus-hyoïdienne.

Palpation. — La tumeur de la joue qui comme nous l'avons déjà dit, est depuis qu'elle existe, le siège d'une douleur légère, mais sourde et continue, est simplement sensible à la pression. Elle est nettement pseudo-fluctuante sur toute son étendue. Elle semble avoir perforé le maxillaire supérieur pour venir faire saillie sous la peau, car tout autour d'elle on détermine facilement par la palpation le pourtour d'un orifice osseux.

La peau de la joue est absolument souple et mobile sur la tumeur.

Du côté de la bouche le rebord alvéolaire supérieur gauche est très dur dans toute son étendue, sauf au niveau de la première molaire gauche où il semble un peu ramolli.

L'exploration par le toucher de l'arrière-cavité des fosses nasales, permet de constater l'existence de végétations molles, facilement saignantes, au niveau de l'ouverture postérieure de la fosse nasale gauche.

Nous avons dit que l'inspection ne révélait pas de tuméfaction ganglionnaire au niveau de la région sus-hyoïdienne, cependant en palpant soigneusement la région sous-maxillaire gauche, on constate l'existence de deux ou trois petits ganglions qui roulent sous le doigt. Il est vrai qu'il en existe autant au niveau de la région sous-maxillaire droite. On ne peut donc attribuer aucune importance à ce détail.

Bien que le malade ait, dit-il, un peu maigri depuis un an ; son état général est resté très satisfaisant. Il n'a d'ailleurs pas senti ses forces baisser et n'a jamais cessé de travailler.

Rien de particulier à signaler du côté des différents organes.

Malgré l'état général satisfaisant, malgré l'absence d'engorgement ganglionnaire net, malgré enfin la lente évolution de l'affection, le professeur Le Dentu ne partage pas d'une façon absolue la manière de voir du Dr Castex qui affirme un sarcome du maxillaire supérieur, et fait à cause de l'âge, des réserves pour le cancer. Quoi qu'il en soit il décide de faire la résection totale du maxillaire supérieur.

Opération le 24 décembre 1898. Chloroforme.

Monsieur le professeur Le Dentu commence au niveau de la partie interne du bord inférieur de l'orbite une incision profonde verticale qui rase l'aile du nez ; puis le contourne, se

dirige transversalement jusqu'à la cloison, et redescend verticalement en fendant la lèvre supérieure.

Du commencement de cette première incision, l'opérateur en fait partir une seconde qui, sous-orbitaire, à peu près horizontale, se porte en dehors jusque sur le milieu de la face externe de l'os malaire.

Le lambeau génien est alors rapidement disséqué au bistouri en bas jusqu'au bord alvéolaire supérieur gauche, en arrière, jusque derrière la tubérosité maxillaire, et jusqu'au milieu de l'os malaire. Les vaisseaux et nerf sous-orbitaires sont coupés à leur sortie du trou sous-orbitaire.

Le périoste orbitaire est ensuite soigneusement décollé de la face inférieure de l'orbite ; de la branche montante du maxillaire supérieure, et de la portion verticale de l'os malaire ; puis la masse charnue orbitaire est relevée en haut à l'aide d'un large écarteur engagé sous elle.

Il est maintenant facile d'introduire la scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire ; et de procéder au sciage de l'os malaire.

Immédiatement après, on sectionne à la cisaille la branche montante du maxillaire supérieur.

A ce moment on met la tête du malade dans la position de Rose ; puis sa bouche étant largement ouverte, on désinsère au bistouri et par une incision transversale, le voile du palais de la partie gauche de la voûte osseuse. La muqueuse buccale est ensuite divisée à fond sur la ligne médiane depuis l'incision transversale jusqu'aux incisives médianes.

Celle-ci étant alors enlevée avec un davier, on tranche avec la cisaille de Liston, toute la voûte palatine osseuse ; exactement dans le plan médian.

Aussitôt on introduit la cisaille coudée derrière la grosse tubérosité du maxillaire supérieur qui est ainsi libéré par section.

A ce moment le maxillaire supérieur est saisi dans le sens vertical avec le davier de Farabœuf, puis les vaisseaux et nerf sous-orbitaires étant sectionnés au niveau de leur entrée dans le canal sous-orbitaire ; il est facilement arraché par un mouvement d'abaissement et de torsion.

La vaste cavité formée par l'ablation de cet os, est alors soigneusement curetée et cautérisée au thermo-cautère, puis tamponnée fermement à la gaze iodoformée. Les lèvres de la plaie cutanée sont suturées avec des crins de Florence.

Durée totale de l'opération : un peu plus d'une demi-heure.

Le malade a perdu beaucoup de sang ; cependant il n'est pas trop affaibli et on juge inutile de lui faire une injection de sérum.

Suites opératoires parfaites. Jamais de fièvre.

Le premier pansement est fait cinq jours après l'opération.

Le deuxième pansement est fait le dixième jour ; et ce même jour on retire les fils.

Le malade sort de l'hôpital au bout de trois semaines et vient se faire panser jusqu'à la fin de janvier.

A ce moment M. Gillard dentiste lui fait un excellent appareil prothétique qui non seulement ferme la voûte palatine et rétablit le rebord alvéolaire gauche, mais encore soutient la joue au milieu d'une boule de caoutchouc creuse placée sur la face supérieure du dentier.

Cet appareil s'enlève et se nettoie très facilement.

Nous avons revu le malade à la fin de mars 1897 ; il allait aussi bien que possible et avait repris son travail.

Examen de la pièce enlevée. La face externe du maxillaire supérieur est perforée par une masse molle de coloration gris-rougeâtre qui s'étend surtout dans le sens vertical, et qui mesure environ 4 centimètres de hauteur sur 2 centimètres de largeur.

Le sinus maxillaire est absolument rempli de végétations analogues qui tapissent également la face interne de l'os. Celui-ci n'est pas très déformé dans son ensemble, sauf au niveau de son rebord alvéolaire qui est très élargi.

L'examen histologique fait au laboratoire du service a démontré qu'il s'agissait nettement d'un sarcome myéloïde.

OBSERVATION II

Sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale (1).

X..., âgé de 61 ans; grand et robuste, présente au niveau de la joue gauche une tumeur ovoïde, allongée verticalement, arrondie, de surface qui ne déborde guère en dedans le sillon nasogénien, mais qui remonte jusqu'au bord de l'orbite, et refoule en haut la paupière inférieure. La peau est d'aspect et de coloration ordinaires, elle est restée mobile; au-dessous d'elle la masse néoplasique dure, compacte, légèrement bosselée, s'implante largement sur l'os et fait corps avec lui. Elle remplit toute la fosse canine. Par la bouche où l'on remarque d'abord l'absence de toutes les dents de l'arcade supérieure correspondante; l'on voit se dessiner au fond du cul-de-sac gingival, l'extrémité inférieure de la tumeur convexe, épaisse et qui paraît blanchâtre sous la muqueuse distendue.

1. Lejars. *Leçons cliniques de la Pitié*, 93, 94.

Quant à la voûte palatine elle ne présente aucune trace de refoulement et conserve sa forme et sa consistance normales. Plus en arrière, derrière le voile, l'œil et le doigt ne découvrent pas non plus de prolongement.

Depuis quelques jours seulement la respiration ne se fait plus par la narine gauche et il est tout probable bien que l'exploration extérieure ne permette pas de s'en rendre compte que le néoplasme s'y est étendu et l'obture à sa partie profonde. L'épiphóra témoigne du reste d'une extension dans ce sens. Il n'y a pas de troubles oculaires proprement dits, pas d'exophtalmie, pas de douleurs péri-orbitaires; il n'y a ni céphalée, ni aucun accident susceptible de faire craindre un prolongement intra-crânien.

Cette affection a débuté de la façon suivante : il y a deux mois le malade a commencé à ressentir de vives douleurs, des élancements presque continus au niveau des gencives de l'arcade supérieure gauche. Peu après il constatait avec sa langue dans le cul-de-sac gingival l'existence d'une tumeur qui le soulevait de plus en plus; la tumeur ne se montra qu'un peu plus tard à la face dans la fosse canine et remonta rapidement vers l'œil.

Diagnostic. — Sarcome du maxillaire supérieur gauche.

Opération : Résection totale par M. Lejars. Suites éloignées, Inconnues.

OBSERVATION III.

Sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale. Mort au bout de deux mois (1).

X... âgé de 51 ans, employé de ministère, entre à l'hôpital de la Pitié, le 13 novembre 1895.

Une grosse tumeur occupe la joue gauche, se prolonge en dedans jusqu'à l'angle interne de l'œil et empiète sur le dos du nez; s'étend de dehors jusqu'à l'origine de l'arcade zygomatique et recouvre tout le malaire. On la sent et on la voit par la bouche dans le sillon gingivo-labial; elle enveloppe toute la tubérosité du maxillaire qu'elle ne semble pas pourtant déborder en arrière. La voute palatine est intacte; le nez est légèrement dévié à droite, et la narine gauche par laquelle s'écoule du pus mêlé de sang est complètement bouchée. Les larmes coulent à profusion sur la joue, les paupières de l'œil gauche sont à demi fermées, et la conjonctive dans sa moitié inférieure est le siège d'un épais chémosis. Pourtant l'œil n'est pas saillant, il n'est pas douloureux et l'acuité visuelle est demeurée normale; l'œdème conjonctival et le soulèvement de la paupière inférieure paraissent tenir plutôt à la compression exercée par la masse néoplasique qu'à l'existence.

Tout cela date de trois mois à peine vers le 10 août 1893 le malade a remarqué la présence d'une petite grosseur à la joue gauche qui très rapidement s'est développée au milieu de fréquentes douleurs névralgiques. Peu après une collection purulente se fait jour dans la bouche, puis les dents de l'arcade

1. Lejars, *loc. cit.*

supérieure sont arrachées ; et six jours après une abondante hémorrhagie se produit par les alvéoles. Depuis, du sang et du pus s'écoulent souvent en petite quantité par la bouche et le nez. Jamais le malade n'a eu de céphalée ni de perte de connaissance ni d'accidents cérébraux.

Diagnostic. — Sarcome du maxillaire supérieur.

Le 10 novembre 1893. — Résection totale du maxillaire supérieur par M. Lejars.

Mort le 17 janvier 1894.

A l'autopsie on trouve au-dessus de l'ethmoïde une masse sarcomateuse qui fait corps avec la dure-mère et adhère au cerveau. Trainées de méningite suppurée. Congestion des deux bases des poumons.

OBSERVATION IV (Résumée) (1).

Sarcome myéloïde du maxillaire supérieur gauche. Résection partielle. Trois ans après mort avec généralisation osseuse.

X... femme âgée de 39 ans ; entre dans le service d'A. Guérin pour un sarcome myéloïde du maxillaire supérieur gauche. Elle a été déjà opérée il y a longtemps pour une tumeur analogue du maxillaire inférieur. On fait la résection partielle du maxillaire supérieur.

Trois ans après ; fracture spontanée du tibia et fracture spontanée de l'humérus. La malade ne tarde pas à mourir épuisée et à l'autopsie on constate que la tumeur du maxillaire supérieur n'a pas récidivé, mais que par contre il existe des tumeurs secondaires dans toute l'étendue du squelette.

1. Terrillon et Betz. *Bull. Soc. anat.*, mars 1872,

OBSERVATION V (1).

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur.

Ablation et guérison.

François P..., âgé de 32 ans, a commencé à souffrir légèrement de la joue gauche au mois de septembre 1873. A ce moment il a remarqué au niveau de la fosse canine, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette située profondément sous la peau. Bientôt l'obstruction de la fosse nasale gauche est devenue complète, et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus violentes qui revenaient par accès. A ce moment un médecin consulté croit avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire et fait une large incision qui donne issue à un liquide sanguinolent fétide.

Mais la tumeur de la joue continue à grossir ; et les souffrances ne se calment pas.

Le 15 février 1874. — La tumeur est grosse comme un œuf de poule.

Le 12 mai 1874. — Le malade accepte l'opération. Celle-ci est faite par M. le Dr Ch. Hardy. On a choisi le procédé de Velpeau. L'opération n'a présenté aucune particularité. L'hémorrhagie a été très abondante et facile à arrêter. La section des os a été pratiquée avec les cisailles de Liston. Réunion de la plaie au moyen de 8 points de suture entortillée.

Suites opératoires parfaites.

Malade revu le 25 août 1874 allait très bien. Malheureusement il n'a pas été revu depuis.

1. Arnal. Th. Paris, 1880,

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome myéloïde.

OBSERVATION VI

Th. Arnal. Paris, 1880.

E..., D..., 18 ans, né à Gaete (Italie) entre à l'hôpital St-Eloi de Montpellier le 8 mars 1878.

Tempérament sanguin, constitution bonne, complexion vigoureuse. D... n'a jamais été malade.

Pas d'antécédents héréditaires-

Son père à qui l'on demande des renseignements attribue l'origine du mal à un traumatisme et dit qu'il y a environ 4 mois, son fils, qui était en haut d'un mât, fit une chute, tombant d'abord sur les pieds, puis se renversant en arrière, la nuque frappant contre le sol. Cette chute n'eut pas de suite immédiate, elle n'amena pas même de perte de connaissance.

Néanmoins, un mois après environ, une petite tumeur apparut à l'angle interne de l'œil gauche. Impossible d'en connaître les caractères. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment la région sous-orbitaire grossit peu à peu ; le nez se dévia à droite, une exophtalmie notable se produisit. Pas de phénomènes douloureux. Mais le mal faisant tous les jours de rapides progrès D..., entre à l'hôpital.

A son arrivée il présente à la région sous-orbitaire gauche, une tuméfaction considérable s'étendant de la paupière inférieure jusqu'au rebord dentaire du maxillaire et de l'angle interne de l'œil à la région malaire. Le sillon naso-génien n'existait plus. Le nez est déjeté à droite, le globe oculaire

projeté, en avant, enhaut et en dehors. La paupière inférieure est tuméfiée. La vue est conservée. La peau a conservé sa couleur normale. Le rebord alvéolaire, la voûte palatine ne présentent rien de particulier. Au toucher la région malade est indurée. Pas de douleurs, seulement un peu de gêne. Le voile du palais et l'arrière-gorge ne présentent rien de particulier. Narines libres. Etat général excellent. Pas de ganglions indurés.

Le malade est à l'hôpital depuis quelques jours à peine, sa tumeur a fait des progrès alarmants. Elle s'est étendue vers le plancher de l'orbite, comme le prouvent les douleurs lancinantes qui tous les soirs deviennent plus intenses, l'exophtalmie qui s'est accrue d'une manière notable, un chémosis qui a pris des proportions considérables.

La vision n'a pourtant pas diminué.

La pression sur le globe oculaire est douloureuse et fait disparaître un peu l'exorbitisme. Etat général excellent.

En présence de ces progrès rapides, M. Grynfellt se décide à tenter une opération le 14 avril 1878.

L'opération pratiquée sans chloroforme préalable a été supportée par le patient d'une manière héroïque.

Ponction préalable avec un trocart dans l'antre d'Highmore pour s'assurer qu'on n'a pas affaire à une tumeur liquide. Pour la section des parties molles, M. Grynfellt combine les procédés de Nélaton et Maisonneuve.

Le lambeau disséqué on voit qu'il est infiltré de lymphé plastique, lardacé. Les muscles sont décolorés. Dans l'impossibilité de placer la scie à chaîne pour diviser le pont jugo-maxillaire, on fut dans la nécessité de faire usage de la gouge et du maillet.

Le maxillaire enlevé, on constate que la tumeur a envahi la fosse ptérygoïde. On se contente d'une forte cautérisation.

Le malade passe bien la soirée. Pas de fièvre. La nuit il dort un peu.

Le 20. — On enlève les aiguilles. Lavage à l'eau phéniquée.

Le 21. — Un peu de fièvre. Œil œdématié.

Le 22. — Les productions néoplasiques tendent à combler la cavité produite par l'opération.

L'exophtalmie augmente ainsi que la déviation du nez.

26. — L'espace laissé vide par le maxillaire est rempli par les proliférations néoplasiques.

A partir de ce jour la tumeur prend des proportions effrayantes.

Les douleurs lancinantes, se produisent d'abord le soir, deviennent continues. Vers la fin de mai la tumeur a envahi toute la joue, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, le gonflement arrive à la clavicule.

Dans les premiers jours de juin la tumeur sphacélée tombe en lambeaux, laissant à sa place une cavité infundibuliforme pouvant loger le poing.

Les douleurs deviennent horribles et le jour et la nuit. Une odeur repoussante s'exhale de la plaie. Le malade meurt le 26 juin dans le marasme le plus complet.

OBSERVATION VII

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche.

Résection totale. Survie inconnue.

Thèse de Ch. Guillaume. 5 août 1875.

Cr... (François), 32 ans, de constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin, n'a jamais été malade. Pas

d'antécédents syphilitiques. En septembre 1873, sans cause connue, il a été pris d'une gêne du côté des osse nasales, qu'il a attribuée à un rhume de cerveau : cette gêne a augmenté et il a remarqué dans l'épaisseur de la joue gauche, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur du volume d'une noisette, située profondément en dehors de la peau. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher, elle s'est développée assez rapidement et est venue faire saillie à l'extérieur. A partir de ce moment l'obstruction de la fosse nasale est devenue complète et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus violentes qui revenaient par accès. Il a consulté un médecin qui croyant avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire a ouvert cette cavité au moyen d'une large incision faite entre la joue et les gencives des deux premières molaires. Cette ouverture a donné issue à une assez grande quantité de liquide fétide : le malade a été soulagé mais la tumeur de la joue n'a pas été modifiée : on a pratiqué des injections d'eau alcoolisée dans la cavité du sinus. Ces injections revenaient facilement par le nez et par la bouche, on les a continuées pendant deux mois : les douleurs n'ont pas cessé : au contraire, elles sont devenues extrêmement vives et se sont propagées à la tempe et à la région frontale : elles présentaient deux types bien distincts : les unes passagères et subites sont comparées par le malade à des coups d'aiguille ou à des secousses électriques : elles avaient leur siège dans la tumeur : les autres s'irradiaient dans tout le côté gauche, suivant le trajet des nerfs, et revenaient par accès, surtout la nuit. Elles duraient plusieurs heures. On a administré sans succès le sulfate de quinine, puis la morphine par la méthode endermique.

Les injections alcoolisées ont été remplacées par des injections

émollientes et peu à peu les douleurs névralgiques sont devenues moins vives. Pendant deux mois le malade n'a fait aucun traitement.

Le 15 juin 1874. — Nous le trouvons dans les conditions suivantes : le côté gauche de la face est déformé par une tumeur du volume d'un œuf de poule située au-dessous du bord inférieur de l'orbite. La peau qui la recouvre est saine et mobile à sa surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique, peu douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On n'y perçoit aucune crépitation osseuse, elle semble développée au devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le sinus. La fosse nasale gauche est le siège d'une tuméfaction qui l'oblitére complètement.

La voûte palatine est déformée ; elle est le siège d'une bosse lisse circonscrite qui correspond au niveau de la portion horizontale de l'os palatin et qui offre une certaine élasticité sans fluctuation. Rien d'apparent du côté de l'orbite, l'œil n'est pas dévié, la vision n'est pas troublée.

Le malade souffre beaucoup et ses douleurs plus aiguës la nuit le privent de sommeil ; elles se propagent suivant le trajet des nerfs sus-orbitaires et temporaux. La tumeur est le siège de douleurs lancinantes. Malgré tous les symptômes qui caractérisent une tumeur solide du maxillaire supérieur et surtout à cause des antécédents du malade, on pratique une ponction avec un trocart à hydrocèle, qu'on fait pénétrer jusque dans le sinus. Il sort à peu près un demi verre de sang noir, sans mélange d'autre liquide. Une autre ponction est faite avec un trocart explorateur introduit dans la fosse nasale et se dirigeant le plus possible du côté du sinus maxillaire ; il s'écoule encore une certaine quantité de sang. En faisant cette ponction, on a constaté que

l'instrument après avoir traversé une coque charnue d'une certaine épaisseur pénétrait dans une cavité libre. Une ponction semblable est faite par la voûte palatine dans le point où il existe de la tuméfaction et l'instrument arrive dans le sinus sans trouver de résistance osseuse. On en conclut que l'os palatin est détruit, que le sinus est vide et que la tumeur est développée sur la paroi antéro-externe de cette cavité, qu'elle a pour point de départ le maxillaire qui est déjà altéré en grande partie.

Le malade nous apprend que son père est mort d'un cancer de l'estomac et qu'un de ses frères a succombé à un cancer de la langue.

On introduisit une sonde en gomme élastique jusque dans le sinus, en se servant de l'ouverture faite par le gros trocart et on injecta une certaine quantité d'eau aromatisée avec de l'alcool de menthe.

En faisant cette injection, on a pour but de s'assurer que le sinus maxillaire est libre et ainsi de désinfecter le malade qui exhale par la bouche et les narines une odeur repoussante.

On injecte sous la peau de l'avant-bras six gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 20^e le malade est plus calme, mais la tumeur ne tarde pas à s'enflammer.

La joue devient rouge, la paupière inférieure est tuméfiée. Le Dr Péan qui a examiné le malade avec le Dr Hardy pense comme lui que la tumeur est un cancer et conseille l'ablation du maxillaire.

Il y a du reste urgence, car la peau de la joue très altérée par les poussées inflammatoires répétées commence à contracter des adhérences avec la tumeur et menace de s'ulcérer.

Opération pratiquée le 12 mai 1874 par le Dr Hardy assisté de MM. Berrut, de Vachez et nous.

Procédé de Velpeau. — Sections osseuses avec cisailles de Liston.

Rien de particulier à signaler, 8 points de suture.

Examen de la tumeur. — Fait par M. le professeur Laveran, démontre la variété de tumeurs dite sarcome myéloïde.

Suites de l'opération, 15 mai. — Le malade est pris de frissons, nausées, douleurs de tête violentes, la plaie est douloureuse, la peau de la joue présente au niveau de la suture une plaque érysipélateuse. On donne au malade un lavement purgatif et on recouvre la tumeur avec une pommade au sulfate de fer.

Le 16 l'érysipèle a gagné la moitié de la face du côté malade, les paupières de l'œil gauche sont tuméfiées et la rougeur gagne le nez et le front. La plaie est peu atteinte : la réunion paraît solide, un peu de suppuration autour des épingles. On enlève deux points de suture. Pendant 8 jours l'érysipèle a parcouru la tête, en disparaissant sur les points primitivement atteints. Il est survenu un abcès de la paupière inférieure gauche, mais la marche de la cicatrisation n'a pas été troublée. Le 25, le malade peut sortir, il ne souffre plus, il avale des bouillons et des potages.

Du côté de la bouche, la vaste anfractuosité laissée par l'ablation du maxillaire se remplit et présente un assez bon aspect. Cependant le bourgeonnement trop rapide nous inquiète et nous faisons des applications de perchlorure de fer pour réprimer les bourgeons charnus. Mais il n'y a bientôt plus de doute ; la tumeur récidive et avec une rapidité telle que le 10 juin elle remplit tout le côté correspondant de la bouche, distend la joue et menace de faire rompre la cicatrice.

M. Hardy n'hésite pas à enlever toute cette masse fongueuse

et à pratiquer des cautérisations énergiques avec une solution concentrée de chlorure de zinc. La tumeur se reproduit de nouveau.

OBSERVATION VIII (1).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. Pas d'intervention.

G..., 42 ans, de Messuby sans antécédents héréditaires de cancer, sentit des douleurs et éprouva du gonflement au voisinage de la deuxième molaire du côté droit, au mois de février 1878. Dans le cours du printemps, la joue se gonfla, les dents s'ébranlèrent à tel point que le malade les enlevait lui-même sans efforts ; pendant l'été, la tuméfaction de la face augmenta même du côté de la bouche et le malade se plaignait d'une légère douleur à exacerbations vespérales.

1^{er} octobre 1878. — Etat général satisfaisant. Sur la joue droite, tumeur saillante en avant. Peau rouge, tendue, amincie mais non adhérente, œil droit refoulé en haut et en dehors : acuité visuelle normale ; narine droite obturée : partie correspondante du palais saillante ; pharynx en partie rempli par la masse. L'os est raréfié de telle façon qu'une aiguille peut traverser le corps, le rebord orbitaire, l'arcade alvéolaire et le palatin, l'épine nasale et l'arcade zygomatique tout au contraire imperméables, de même que la partie du bord alvéolaire la plus rapprochée de la ligne médiane. Quelques ganglions sous-maxillaires volumineux. Il paraîtrait d'après le dire du malade qu'ils sont gros depuis très longtemps : la chose semble

1. Estlander, *loc. cit.*

d'autant plus vraisemblable que ceux de l'autre côté sont également hypertrophiés. Quoique la maladie paraisse s'étendre assez loin surtout en arrière, je me proposais d'opérer ce malade le 4 octobre mais il quitta l'hôpital la veille au soir et retourna chez lui. Les douleurs furent toujours très vives et la cachexie l'emporta le 13 décembre.

OBSERVATION IX (1)

**Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.
Survie inconnue.**

Erik-Johann Oliv..., 53 ans, domestique d'Ingo.

Pas d'antécédents héréditaires du cancer. Affaibli et souffrant depuis le mois de février 1876. Il avait été frappé peu auparavant sur la joue gauche par un débris de cheminée. A partir de ce moment, celle-ci devint le siège d'une douleur et d'une tuméfaction qui ne disparurent jamais complètement : la région resta sensible au froid.

Vers le milieu de l'été, il eut une épistaxis par la narine gauche : d'autres la suivirent dans le cours de l'année ; plus tard, une molaire supérieure du côté devint douloureuse et molle.

28 juillet 1877. — Il se présente à la polyclinique chirurgicale : on enlève la dent et par l'alvéole vide une sonde est introduite jusque dans le sinus. La gencive était tuméfiée et on pouvait la traverser avec l'aiguille à acupuncture ; on diagnostique un ostéosarcome, et on engage le malade à revenir à l'hôpital le plus tôt possible. Depuis ce moment, la tuméfaction de la joue augmenta, les épistaxis devinrent plus fréquentes, il y

1. Estlander, *loc. cit.*

eut en outre un écoulement séro-sanguinolent par la même narine.

4 octobre 1878. — Le malade entre à l'hôpital Petit, ayant peu d'embonpoint : aucune lésion appréciable des organes internes. Tuméfaction de la joue gauche s'élevant de l'aile du nez à l'os malaire et du côté de la bouche jusqu'à la ligne médiane. Les téguments de la joue sont rouges et adhérents à la tumeur : pas d'ulcération : fibro-muqueuse palatine d'aspect normal. Œil repoussé en haut et en dehors, rebord sous-orbitaire mousseux et noueux. Narine gauche imperméable à l'air, obturée par une masse charnue rougeâtre. L'os peut être traversé partout avec l'aiguille. Les molaires sont mobiles. Opéré le même jour. Résection du maxillaire supérieur gauche. Cautérisation avec le thermo-cautère des parties saignantes du maxillaire supérieur droit et de plusieurs points des bords de la plaie dont le tissu semble de même nature que la tumeur ; abattement marqué à la suite de l'opération ; cependant le malade se remit rapidement et il sortit guéri le 4 novembre 1878.

OBSERVATION X (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.

Mort un an et demi après l'intervention.

Anna Brita E..., 64 ans, veuve d'un marin de Zalsobstad, n'ayant pas d'antécédents héréditaires de cancer, est admise à l'hôpital le 26 juin 1865 pour un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale de l'os malade le 3 juillet. La patiente sort guérie le 15 septembre suivant. La guérison se maintint pendant un an, mais au mois de septembre 1866 survint une récurrence qui enleva la malade le 5 mai 1867.

OBSERVATION XI (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.

Survie de 8 mois.

Elias L..., 62 ans, paysan de Kyrskstätt est admis à l'hôpital le 9 octobre 1867, pour un ostéosarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale le 11 octobre. La plaie est cicatrisée le 11 novembre. Mais bientôt survient une récurrence et le malade meurt le 5 juin 1868.

OBSERVATION XII (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. Résection totale.

Survie de 2 ans et demi.

Maria K ..., 33 ans, fille de ferme de Laârijärvi, admise à l'hôpital le 9 juin 1868 pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure droite. Opérée le 20 du même mois, elle sort guérie le 3 juillet suivant. La guérison se maintient longtemps. La récurrence survient malheureusement au bout de 2 ans et la malade meurt le 3 janvier 1871. La tumeur avait gagné le cou.

OBSERVATION XIII (Estlander *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.

Mort au bout de quinze jours de septicémie.

Ab. J.-L..., âgé de soixante-trois ans, paysan de Artsjö, est admis à l'hôpital le 12 mai 1869 pour un ostéo-sarcome du

maxillaire supérieur gauche. La tumeur fortement végétante, recouvre par son bord saillant, la moitié saine du palais ; de sorte que la voûte palatine présente une large ulcération.

Le 13 du même mois, résection de l'os. La plaie guérit assez bien, mais au-dessous de l'angle interne de l'œil, la plaie présentait une solution de continuité. Jusqu'au 26 tout alla bien. Ce jour-là une petite tache rouge se montra sur le bras ; elle augmenta les jours suivants et s'accompagna de tuméfaction.

Mort le 28 au matin.

A l'autopsie on ne trouva que des accidents de septicémie sans métastase dans les poumons.

OBSERVATION XIV (Estlander *loc. cit.*)

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale ; survie d'au moins 8 ans sans récurrence. Guérison peut-être définitive.

Hedwig Sophie Ap..., 42 ans, veuve d'un homme de peine, avait observé au mois d'octobre 1869 que la dernière molaire de la mâchoire supérieure gauche devenait mobile après avoir été douloureuse pendant un certain temps. Quelques semaines plus tard, une excroissance charnue vint faire saillie à la surface de l'alvéole et augmenta rapidement de volume.

Elle se présente à Estlander au commencement de février 1870. L'état général est excellent ; la partie postérieure de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur est envahie par une tumeur qui part de l'os et le pénètre de telle façon qu'une aiguille à acupuncture introduite à ce niveau, arrive en avant jusqu'au plan facial, en bas et en arrière jusqu'au palais.

L'os tuméfié fait saillie vers les deux cavités ; les dernières molaires sont mobiles ; pas de tuméfaction ni de déformation de la face appréciable à l'œil ; la narine gauche est perméable. Persuadé que l'arcade alvéolaire était seule lésée, Estlander décida de faire une résection partielle.

8 février 1870. — La nature des lésions l'obligea à modifier son procédé. Aussitôt après l'enlèvement de la portion d'os en question, il trouva l'antre d'Highmore remplie par une masse sarcomateuse. Ablation de la totalité du maxillaire. Guérison opératoire rapide. La malade a été revue le 24 octobre 1878 ; tout allait bien à cette époque ; seulement le voile du palais avait été élargi par suite de la rétraction cicatricielle.

OBSERVATION XV (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéosarcome de la mâchoire supérieure gauche. Résection totale
Survie d'un an.

M... P..., 69 ans, de Hansjawi, reçue à l'hôpital le 15 novembre 1870 pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche, développé dans le cours de l'année précédente ; elle fut opérée le même mois et sortit guérie le 22 décembre. La guérison se maintint jusqu'au mois d'avril suivant ; à cette époque, elle eut une tumeur de la mâchoire inférieure du même côté qui continua de se développer et s'ulcéra, de telle sorte que l'os fut mis à nu.

Elle succomba le 12 décembre 1871,

OBSERVATION XVI (Estlander, *loc. cit.*).

**Sarcome de la mâchoire supérieure gauche. Résection totale.
Survie de six mois.**

K... M... H..., 39 ans, de Borga, remarqua au commencement de l'année 1871, que les dernières molaires supérieures du côté gauche, devenaient douloureuses et mobiles; les douleurs augmentèrent de plus en plus et une tumeur se développa. Il entra à l'hôpital le 17 octobre, avec un gros sarcome ulcéré de la mâchoire supérieure gauche. La tumeur avait détruit l'arcade zygomatique et s'étendait jusque dans la fosse temporale; elle refoulait l'œil de haut en bas et de dehors en dedans. Vision perdue, excavation glaucomateuse de la pupille; la narine gauche est comblée, l'arcade alvéolaire est lésée, de telle sorte que la plupart des dents sont tombées, et que celles qui restent sont mobiles. Quoique le cas fût tout à fait mauvais, Estlander consentit à tenter les chances d'une opération, et le 26 du même mois, il réséqua tout le maxillaire supérieur et l'os malaire. La perte de substance fut assez bien comblée par un lambeau pris dans la région temporale. La plaie des léguments guérit assez bien, mais au bout de quelques semaines une récurrence se montra, et malgré plusieurs tentatives faites avec le cautère actuel et potentiel, pour arrêter le développement de la tumeur, elle continua de grossir et le malade mourut le 1^{er} mai 1872.

OBSERVATION XVII (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.
Survie de 7 mois

Maria E..., 39 ans, de Lojmijorlai, s'aperçut de l'existence de sa maladie quelques jours avant le commencement de juillet 1871. A ce moment, elle avait au niveau de la joue gauche, une douleur qui devint bientôt très pénible. Elle entra à l'hôpital le 18 mars 1872 pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche et fut opérée le 22 du même mois; elle sortit le 13 avril suivant. La guérison se maintint pendant tout l'été; la malade put même travailler; mais dès le commencement de l'automne apparut une récurrence qui marcha à grands pas et qui enleva la malade le 14 octobre 1872.

OBSERVATION XVIII (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. Résection totale.
Survie de 7 mois.

Auguste Frédéric E..., 45 ans, musicien d'Abo, éprouva au printemps de l'année 1872 de vives douleurs de dents du côté droit. On dut lui en enlever successivement cinq. Aussitôt après la joue se tuméfia et devint douloureuse. Il entra à l'hôpital le 9 août 1872; fut opéré le lendemain, et sortit guéri le 4 septembre. Il paraîtrait que la récurrence fut rapide, car la mort arriva le 18 mars 1873.

OBSERVATION XIX (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche inopérable.

Erik L..., paysan de Hansjarvi, remarqua pendant l'été de 1872, que sa narine gauche était déviée, et saignait facilement lorsqu'il travaillait courbé; à la même époque il eut de fréquents maux de tête. En mai son œil gauche commença à se perdre, et le 26 septembre 1873, il entra à l'hôpital, la tumeur était fortement saillante au dehors; elle avait détruit les téguments de la joue et toute la moitié gauche du nez. Il n'y avait pas lieu de songer à la résection; le malade retourna chez lui et y mourut le 19 mai 1874.

OBSERVATION XX (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit inopérable.

Gustaf Fridolf Soederborg, vingt-sept ans, domestique de Dragsfjærd, attribue l'origine de sa maladie à ce que, dans la nuit du 1^{er} mai 1873, il aurait couché la joue reposant sur un linge humide.

Depuis lors il a eu des douleurs et des picotements dans cette partie; en même temps le bord de la joue est devenue insensible. Bientôt après, la moitié droite de la face commença à se tuméfier et à rougir; un peu plus tard sur le conseil d'un médecin d'Abo, il mit des cataplasmes de farine de gruau. A la même époque il devint aveugle de l'œil droit. Il se présente à l'hôpital le 20 octobre 1873, et on diagnostique un ostéo-sarco-

me du maxillaire supérieur droit ; mais il retourne chez lui le même soir.

Il passe les derniers mois de sa vie sur un fauteuil et il ne cesse de souffrir ni le jour ni la nuit, malgré les piqûres de morphine.

Il meurt enfin le 21 mars 1874.

OBSERVATION XXI (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale de cet os et de l'os malaire gauche. Résection partielle du maxillaire supérieur droit. Survie d'un an.

Johan Sindfors, cinquante-et-un ans, paysan de Sainmatti, remarqua au commencement de février 1873, que les gencives correspondant aux dernières molaires du côté droit, commençaient à s'altérer, et que celles-ci devenaient plus saillantes que les autres. Au mois de novembre, la voûte palatine se prit, et à partir du mois de juillet les dents de la moitié gauche de la mâchoire supérieure, tombèrent l'une après l'autre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le 10 mars 1874, on trouve au-dessous de l'angle externe de l'œil gauche, une tumeur noueuse ayant le volume de la moitié d'un œuf de poule ; la peau qui la recouvre est d'un rouge bleuâtre, elle lui adhère et est en train de s'ulcérer ; on peut faire passer une aiguille à acupuncture sur les limites des os de la face. Dans la bouche que l'on ne peut ouvrir que d'une manière incomplète, on trouve toute l'arcade alvéolaire et l'apophyse palatine du maxillaire supérieur gauche lésées ; une large ulcération correspond à l'endroit où se trouvaient auparavant les molaires ; cette ulcération s'étend assez profondément dans l'épaisseur.

de l'os du côté gauche ; une partie de celui du côté droit est également dégénérée et perméable pour une aiguille à acupuncture ; les dents correspondantes sont mobiles ; la fibromuqueuse palatine est dégénérée ; le voile du palais est sain, les deux fosses nasales sont rétrécies en bas par suite de la dégénérescence des apophyses palatines ; elles sont saines en haut, rien dans les ganglions du cou. Le malade est faible et anémié ; il a de l'œdème des paupières mais on ne peut rien trouver dans les viscères.

Aussitôt après son entrée à l'hôpital le 25 mars, l'opération est faite et conduite de telle façon que les téguments et les parties molles de la joue gauche sont disséqués pour former deux lambeaux ; l'un en avant de la tumeur, nourri par une branche du maxillaire externe ; l'autre en arrière se continuant avec les téguments de la tempe, et cela dans le but d'obturer la perte de substance produite par l'enlèvement de la tumeur et de la peau qui la recouvre. Le maxillaire supérieur et l'os maxillaire gauche sont réséqués suivant le procédé habituel ; une incision symétrique à la première est faite à partir de l'angle interne de l'œil, et suivant la limite du nez, jusqu'au bord libre de la lèvre, dont la moitié restante est détachée de la cloison des fosses nasales, de sorte qu'un lambeau triangulaire reste adhérent à l'épine nasale antérieure. On détache ensuite l'aile du nez, on dissèque la muqueuse et les parties molles de la joue jusqu'à l'os au moyen d'une incision qui s'étend de la partie supérieure de l'ouverture pyriforme, au trou sous-orbitaire, et jusqu'au dessous de l'arcade zygomatique ; puis avec la scie à main on enlève dans cette direction un fragment du maxillaire supérieur droit, de telle façon que la plus grande partie du planum facialis, toute l'arcade alvéolaire, et sa portion palatine

sont détachées de la partie supérieure : on sépare la cloison des fosses nasales avec le ciseau poussé jusqu'au palatin droit dont la moitié interne reste adhérente au vomer, le ciseau ayant été introduit de dedans en dehors et d'avant en arrière.

La portion du palatin droit persistante, ainsi que l'épine nasale postérieure, serviront de point d'appui pour le voile du palais. Par suite de la dégénérescence des deux arcades alvéolaires, leurs parties postérieures sont adhérentes et comme soudées aux apophyses ptérygoïdes dont on est obligé de les détacher. Cette circonstance prolongea de 38 minutes la durée de l'opération qui fut passablement sanglante grâce au lambeau triangulaire resté attaché à l'épine nasale antérieure ; on put renfermer les ailes du nez et fixer les deux moitiés de la lèvre supérieure à sa cloison médiane ; la perte de substance de la joue gauche est comblée par un lambeau pris dans la région temporale ; la plaie des téguments se réunit par première intention et la guérison survint sans accident. Au début il y eut une grande difficulté de la déglutition et l'on dut nourrir le malade avec des aliments liquides ; comme le tissu de cicatrice se rétracta quelque peu, il dut porter un obturateur qui lui rendit de grands services. Cependant il ne pouvait prendre qu'une nourriture peu consistante.

Il sortit guéri le 19 mai 1874. La récurrence réapparut au commencement de l'hiver suivant ; et il mourut le 26 mars 1875,

OBSERVATION XXII (Estlander *loc. cit.*)

Ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche inopérable.

Johan, August G... 24 ans, marin de Borgaa, remarqua dans le cours de son dernier voyage à Cadix, dans l'été de 1874, une tuméfaction de la mâchoire supérieure gauche, aisément reconnaissable à la vue.

Il y avait également de la tuméfaction visible du côté de la voûte palatine. Pendant le retour, la tumeur augmenta rapidement, et lorsque le 22 octobre 1874 il se présenta à l'hôpital, elle avait envahi tout l'os, et se prolongeait jusque dans le pharynx qu'elle obturait en partie, il ne restait plus qu'un petit orifice sur le côté droit, de sorte qu'il se plaignait surtout d'une difficulté extrême pour avaler. Comme il était inopérable, il retourna chez lui le 25 du même mois et mourut le 30 janvier 1875.

OBSERVATION XXIII (Estlander *loc. cit.*)

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. Résection totale de cet os suivie d'au moins trois ans sans apparition de récive.

Johann G. E..., domestique d'Annola, n'ayant pas d'antécédents héréditaires de cancer, éprouva vers la fin de septembre 1874, une douleur aiguë dans la moitié droite de la face ; et bientôt après il se fit enlever deux molaires de ce côté, qui étaient cariées et qu'il regardait à tort comme la cause de sa

douleur. Celle-ci persista après leur avulsion et le 27 février 1875, il réclama son entrée à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — C'est un individu de taille moyenne, solide et présentant un certain embonpoint. Du côté de la face, on trouve une tumeur lobulée qui a repoussé l'œil droit en haut et en dehors ; la narine droite est comblée ; elle est limitée en bas par la voûte palatine ; cette portion d'os et la fibro-muqueuse qui la recouvre ne sont pas lésées ; l'aiguille à acupuncture ne pénètre pas à ce niveau ; les dents sont conservées, mais plusieurs sont mobiles ; sur la joue, la tumeur fait une saillie sensible en avant ; elle est recouverte d'une peau d'un rouge bleuâtre qui lui adhère étroitement. On trouve au-dessous de l'œil une petite ulcération.

8 mars. — Résection du maxillaire supérieur avec conservation de la fibro-muqueuse que l'on fixe à la joue. Cela servit pour la restauration de la partie postérieure. La guérison de la partie antérieure qui paraissait complète dès les premiers jours fut quelque peu retardée. Au voisinage de l'angle interne de l'œil, la plaie, comme cela arrive souvent après les pertes de substance étendues de la peau, subit une rétraction cicatricielle énergique ; après l'enlèvement des sutures, les bords se séparèrent quelque peu, et lorsque le 7 mai, le malade quitta l'hôpital, il présentait à ce niveau un orifice de la largeur d'une pièce de 1 franc. Il revint le 29 octobre suivant ; on lui avait promis de combler sa perte de substance dans le cours de l'automne. Depuis sa sortie l'œil droit s'était abaissé d'une manière suffisante pour produire de la diplopie qui disparut après une ténotomie du droit inférieur faite le 1^{er} novembre.

5 novembre. — L'orifice facial est comblé avec un lambeau

pris sur le front. Il sort guéri le 19. A ce moment pas de trace de récidence.

Le 24 octobre 1878. — La guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XXIV (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale suivie de cinq mois.

J... W... J..., 55 ans, paysan de Pornaa, éprouva vers le commencement de l'année 1876, des vertiges et de la pesanteur de tête ; peu après il ressentit de la douleur dans la joue gauche. Bientôt les dernières molaires de ce côté devinrent mobiles, enfin arriva une diplopie très incommode.

A son entrée à l'hôpital le 13 juillet 1876, il est dans l'état suivant : De corpulence moyenne il est amaigri et a perdu une partie de ses forces. Sur la joue gauche, on voit une tumeur qui obture la narine correspondante et refoule en dehors l'œil en grande partie perdu. Excavation glaucomateuse de la pupille. Ulcérations sur la joue et la voûte palatine. Avec l'extrémité de l'index, on sent que la tumeur obture partiellement le pharynx en haut. Pendant la résection, on trouve qu'elle pénètre profondément dans l'orbite et dans la fosse temporale. On réussit néanmoins à enlever toute la masse et à combler la perte de substance à l'aide d'un lambeau pris dans la région de la tempe.

La réunion se fit très vite et en grande partie par première intention. Il quitta l'hôpital guéri en apparence le 23 août. Peu de temps après qu'il fut rentré chez lui, il eut d'abondantes déistaxis et une récidence rapide se fit.

Elle s'accompagna de dysphagie, car la tumeur remplit la bouche et le pharynx. Mort le 25 décembre 1876.

OBSERVATION XXV (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéosarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.

Mort au bout de deux mois et demi de pneumonie.

Heurich J... G..., 42 ans, paysan de Lajo, souffrit beaucoup, dans le courant de l'été de 1876, des dents de la mâchoire supérieure gauche ; elles devinrent tellement mobiles qu'il put enlever lui-même deux molaires. Au mois de juillet, il s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la moitié gauche de la voûte palatine, et trois semaines environ avant son entrée, la joue de ce côté se tuméfit.

10 avril 1877. — Il est venu à l'hôpital, c'est un homme solide, bien bâti, ayant un certain embonpoint. La mâchoire supérieure gauche est tuméfiée, mais la peau est intacte ; pas de déformation du nez ; narines perméables ; le rebord orbitaire est plus mousse qu'à l'état normal ; pas de déplacement du globe oculaire.

La moitié gauche de la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane est remplacée par une tumeur recouverte en partie par la muqueuse, en partie par une épaisse couche de granulations ; elle a une largeur de un pouce ; la deuxième molaire manque, les autres sont mobiles.

12 avril. — Le maxillaire est réséqué ; la tumeur est enlevée en totalité, et les parties profondes de la cavité dans laquelle elle se trouvait, sont touchées avec une solution de chlorure de zinc. Le malade sortit le 30 du même mois. Il se présenta pen-

dant l'été à la polyclinique avec une tuméfaction sensible de la région parotidienne, pour laquelle on le reçut de nouveau le 25 novembre. A ce moment la parotide est transformée en une tumeur lobulée dure par places, molle ailleurs ; elle atteint en haut le lobule de l'oreille et s'étend assez loin en arrière de son pavillon ; la peau est partout adhérente et présente deux ulcérations à bords renversés. La lèvre supérieure et la joue gauche sont couvertes par une autre tumeur épaisse et dure qui semble s'étendre à la cicatrice et à la voûte palatine ; elle remplit en arrière la cavité laissée par l'extirpation du maxillaire supérieur ; la peau et la muqueuse sont encore intactes mais adhèrent étroitement à la tumeur. Etat général toujours satisfaisant.

28 novembre. — Extirpation complète de la parotide.

13 décembre. — La plaie de la précédente opération tant guérie on enlève la tumeur de la zone et de la lèvre qui a encore augmenté de volume depuis le jour de l'entrée. La nouvelle plaie guérit sans accidents ; mais le malade mourut vers le milieu de mars 1878 d'une pneumonie aiguë qui l'emporta en quelques jours.

OBSERVATION XXVI (Estlander, *loc. cit.*).

**Œstéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale
Mort le surlendemain de l'opération.**

Franz S..., 32 ans, peintre d'Ingaa, éprouve en mai 1877 une douleur au niveau de la mâchoire supérieure gauche dont les dents devinrent mobiles. Au commencement de juillet imperméabilité de la narine gauche et difficulté de la déglutition.

Œil repoussé en avant. Plusieurs hémorrhagies buccales, deux dents tombent.

30 août. — Entré à l'hôpital ; état général mauvais ; amaigrissement, diarrhée. Joue gauche occupée par une tumeur lobulée au-dessus de laquelle la peau est mobile ; coloration rouge manifeste.

Rebord orbitaire inférieur mousse ; cavité occupée par la tumeur. Œil repoussé en haut et en dehors ; ectropion de la paupière inférieure. Acuité visuelle diminuée. Narine gauche obturée. Toutes les dents de la moitié de la mâchoire supérieure, sauf les premières incisives sont tombées ou mobiles ; les téguments sont ulcérés du côté de la bouche ; la tumeur refoule la muqueuse palatine et forme une saillie qui s'étend jusqu'à la ligne médiane ; rien dans le pharynx. Intelligence intacte. Pas de phénomènes cérébraux.

12 septembre. — Résection du maxillaire supérieur gauche ; on enlève ensuite la partie de la tumeur qui reste. Après l'ablation de l'os on rencontre de grandes difficultés au voisinage de l'apophyse ptérygoïde : les muscles ptérygoïdiens interne et externe sont infiltrés, et un prolongement s'étend jusque dans la fosse temporale. Lorsque le siège exact a été bien déterminé, on cautérise comme dans le cas précédent avec la solution de chlorure de zinc, les points où elle siégeait ; un tampon d'ouate imbibé de glycérine est introduit dans la cavité. Le lendemain, état satisfaisant. T. V. = 40.

Le surlendemain, délire ; parle et ne paraît pas comprendre les questions qu'on lui adresse ; attaque convulsive ; difficulté à avaler. P. 100. Sangsues aux apophyses mastoïdes Glace sur la tête ; le délire continue le troisième jour et la mort arrive le soir dans le coma.

L'autopsie montra qu'un prolongement d'une épaisseur de un centimètre ayant perforé la base du crâne en arrière de l'orbite, avait traversé la dure-mère dans la fosse moyenne et comprimait légèrement le cerveau. Au point correspondant, il y avait un foyer de ramollissement; méningite purulente généralisée au début.

OBSERVATION XXVII

(Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. Résection totale.
Survie de deux mois.

Adolphe N..., 67 ans, marinier de Pomaa, ressentit au milieu de l'été de 1877, de vives douleurs dans la dernière molaire de la mâchoire supérieure droite cariée depuis longtemps. Après qu'elle fut tombée, il vit paraître au mois d'août dans l'alvéole vide, une masse charnue grosse comme la pulpe du doigt; puis les douleurs augmentèrent assez pour l'obliger à entrer à l'hôpital.

A ce moment la joue droite est soulevée par une tumeur qui entoure en totalité le maxillaire, refoule la voûte du palais, et fait dans la cavité buccale une saillie du volume d'une pomme de terre. La tumeur s'étend en haut un peu au-delà des limites de l'arcade alvéolaire.

15 septembre. — La résection du maxillaire supérieur est faite par l'assistant d'Estlander. La plaie se réunit par première intention et le malade quitte l'hôpital guéri en apparence.

Au commencement d'octobre une nouvelle masse végétante se montre au fond de la cavité et se développe rapidement.

On enlève cette masse le 17 octobre ; mais la dégénérescence s'était tellement propagée que l'on dut enlever des prolongements adhérant à la base du crâne, s'étendant dans l'orbite et dans la fosse temporale et intéressant les deux ptérygoïdiens. En bas et en arrière les lésions paraissent s'étendre jusqu'aux amygdales ; de sorte qu'il est impossible de faire une ablation complète.

Le malade retourne chez lui au bout de trois semaines ; mais une récurrence apparaît bientôt ; et il meurt le 22 novembre.

CONCLUSIONS

1° Il existe deux variétés principales de sarcomes du maxillaire supérieur ; le sarcome myéloïde qui s'observe de préférence chez les sujets jeunes entre quinze et trente ans, et le sarcome encéphaloïde qui s'observe souvent au-delà de la quarantaine.

2° A la période de début, les sarcomes du maxillaire supérieur simulent habituellement soit une périostite alvéolo-dentaire, soit des polypes nasaux ; soit enfin une sinusite. Quand la tumeur apparaît le diagnostic s'impose généralement. Cependant dans certains cas la confusion est possible avec des odontomes, avec des kystes dentaires ; avec une ostéite hypertrophiante ; avec des ostéomes, avec des chondromes, avec des cancers etc. Dans ce dernier cas d'ailleurs l'erreur n'a pas grand inconvénient puisque le traitement est le même.

3° Le Pronostic d'une façon générale est grave mais il est particulièrement redoutable quand il s'agit de sarcomes encéphaloïdes car on sait que ces tumeurs se comportent habituellement comme des cancers ; elles récidivent toujours même si l'intervention est précoce.

4° Le traitement sera aussi hâtif que possible et consistera en une résection complète du maxillaire supérieur. Au besoin même on enlèvera en même temps l'os malaire et le maxillaire supérieur du côté opposé.

Vu par le président de la thèse

A. LE DENTU.

Vu par le doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

HEYDENREICH. — Tr. de chirurgie, Duplay et Reclus. T. V,
p. 166.

NIMIER. — Tr. de chirurgie, Le Dentu et Delbet. T. V,
p. 867.

PEYROT. — Pathologie externe (4 agrégés). T. III. Article :
Tumeurs du maxillaire supérieur.

LEJARS. — Leçons de clinique chirurgicale de la Pitié, 93-94,
p. 317.

LE DENTU. — Leçon clinique sur les sarcomes du maxillaire
supérieur. 24 déc. 98.

ESTLANDER. — Etude clinique des sarcomes du maxillaire
supérieur, traduite du Suédois, par L. Thomas. In Re-
vue de méd. et de chir., 1879, t. III, p. 380.

ARNAL. — Tumeurs du maxillaire supérieur. Th. Paris,
1880.

BERTIER. — Tumeurs du maxillaire supérieur et résection.
Th. Montpellier, 1877.

JACQUELIN. — Th. Paris, 1875. Etude sur l'épithélioma des
maxillaires.

GUILLAUME. — Th. Paris, 1875. Etude clinique des tumeurs
du maxillaire supérieur.

E. NÉLATON. — Tumeurs à myéloplaxes. Th. Paris, 1860.

TERRILLON et BETZ. — Tumeur myéloïde du maxillaire supérieur, généralisation osseuse. Bull. Soc. anat. 1872, p. 56.

CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.

LANNELONGUE. — Histoire des tumeurs fibro-plastiques. In mémoire de l'Acad. de Méd., 1868.

BROCA. — Traité des tumeurs. Tome deuxième.

FOLLIN. — Archives méd., 1854.

KOLACZEK. — Ueber den Angiosarkom. In Deutsch. Zeitschrift f. clin., 1878, t. IX, p. 1 et 165.

MARSHALL. — Sarcoma of superior maxilla in a child eight years old, removal. In British med. journ. 1883, t. II, p. 1017.

RECLUS. — De l'épithélioma térébrant du maxillaire supér. Progrès méd., 1826, p. 795 et 836.

MOREL. — Contribution à l'étude des épithéliomas du maxillaire supérieur. Th. Paris, 1879.

VERNEUIL. — Epithélioma des maxillaires. Journal des Connaiss. méd., 1883, p. 234.

BARKER. — Epithélioma of cysper janv. In Brit. med. journal, 1884, t. II, p. 909.

MALASSEZ. — Sous le rôle des débris épithéliaux paradentaires. Arch. de physiol., 1883, p. 309.

BOUDÉ. — Zui statistik der carcinome der oberen gesichts-gegend. In arch. f. klin. chir., 1889, t. XXXVI, p. 207.

FARABŒUF. — Traité de méd. opératoire.

CHALOT. — Traité de médecine opératoire.

